

DE
L'EXTIRPATION
DES
GANGLIIONS TUBERCULEUX
NON SUPPURÉS DU COU

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
Le Mardi 15 Janvier 1889, à 3 heures

Par
Joseph-Eugène RICHARD
Né à Baccarat (Meurthe-et-Moselle), le 7 janvier 1860

Noms des examinateurs : { MM. WEISS, professeur, *président*.
CHRÉTIEN, professeur.
ROHMER, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

NANCY
IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE
—
1889



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0038

DE
L'EXTIRPATION
DES
GANGLIONS TUBERCULEUX
NON SUPPURÉS DU COU

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le Mardi 15 Janvier 1889, à 3 heures

l'ar

Joseph-Eugène RICHARD

Né à Baccarat (Meurthe-et-Moselle), le 7 janvier 1860

Noms des examinateurs: { MM. WEISS, professeur, *président*.
CHRÉTIEN, professeur.
ROHMER, agrégé.
VAUTRIN, agrégé.

NANCY

IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

—
1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C*, TOURDES, O*.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C*, TOURDES, O*, V. PARISOT *.

HERRGOTT *, ROUSSEL *, DEMANGE *, BÉCHET.

Matière médicale et Thérapeutique..	M. COZE *, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. HECHT *, professeur.
Physiologie.....	M. BEAUNIS *, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologi..	M. FELTZ *, professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, professeur.
Anatomie descriptive	M. LALLEMENT, professeur.
Hygiène	M. POINCARÉ *, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, professeur.
Clinique obstétricale et accouche-ments	{ M. A. HERRGOTT, professeur.
Botanique et Histoire naturelle médi-cales.	{ M. E. PARISOT, professeur adjoint.
Histologie	M. MACÉ, agrégé, chargé du cours.
Médecine légale	M. BARABAN, agrégé, chargé du cours.
	M. N..., professeur.

COURS ANNEXES.

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards.	M. E. DEMANGE, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. SCHMITT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants ...	M. SIMON, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT.	MM. MACÉ.	MM. VAUTRIN.
ROHMER.	GUÉRIN.	SIMON.
BARABAN.	RENÉ.	REMY.
BAGNÉRIS.	NICOLAS.	P. PARISOT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, E. DEMANGE.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE PROFONDE RECONNAISSANCE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MESSIEURS LES PROFESSEURS WEISS & ROHMER

SOUVENIR DE RECONNAISSANCE

DE

L'EXTIRPATION DES GANGLIONS

TUBERCULEUX NON SUPPURÉS DU COU

INTRODUCTION

Le titre de ce travail indique suffisamment les limites dans lesquelles nous avons voulu le restreindre ; il ne faut donc pas y chercher des détails étendus, circonstanciés sur l'étiologie, la symptomatologie, etc., des diverses tumeurs du cou, pas même de l'adénite tuberculeuse. Toutes ces questions ont été tellement bien traitées, depuis cinquante ans surtout, par les nombreux auteurs qui se sont occupés de ce sujet, qu'il est inutile d'y revenir.

Mais un fait nous a frappé, qui a rapport au traitement des adénites, et en particulier de l'adénite strumeuse. H. Larrey et ses successeurs préconisaient l'extirpation comme le meilleur traitement de cette adénopathie tuberculeuse ; puis tout à coup on l'abandonna, et aujourd'hui encore, elle est délaissée et condamnée par certains maîtres français. Il nous a semblé que l'ostracisme dont on a frappé cette opération est immérité, et qu'elle a le droit, par les services qu'elle rend, de reprendre sa place dans les annales de notre chirurgie. Car si elle fut nôtre, elle est actuellement admise et faite couramment par les chirurgiens étrangers, surtout par les chirur-

giens allemands. Elle n'est pas le seul moyen de guérison du ganglion tuberculeux, mais de tous ceux qui ont été, et qui sont encore employés, elle est le plus rapide et le plus avantageux.

Nous ne prétendons pas nous élever contre l'opinion de maîtres tels que Verneuil, Desprès, Chauvel, etc.; mais nous avons cru bien faire en cherchant à montrer que l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou non suppurés est une opération toujours sérieuse, mais en somme facile, peu dange-reuse, et qui donne de bons résultats, entre les mains de chirurgiens aussi bien armés que le sont ceux de notre époque, comparativement aux divers autres genres de traitement employés jusqu'alors.

Puisse notre modeste travail n'être pas vu d'un œil trop sévère par ceux de nos maîtres qui seront appelés à le juger.

Avant d'entrer dans notre sujet, qu'il nous soit permis de présenter à Monsieur le Professeur Weiss l'hommage de notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en ayant bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le remercierons encore pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée dans le cours de nos études.

Nous prions aussi M. le professeur agrégé Vautrin, qui nous a donné l'idée de ce mémoire inaugural, d'agréer nos plus sincères remerciements.

Nous diviserons notre sujet en cinq parties :

- 1^o — Historique de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou.
 - 2^o — Évolution clinique de l'adénite tuberculeuse.
 - 3^o — Diagnostic.
 - 4^o — Traitement.
 - 5^o — Observations.
 - 6^o — Conclusions.
-

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les adénopathies cervicales, qui ne sont en quelque sorte bien étudiées que depuis un demi-siècle, étaient cependant connues des médecins de l'antiquité. Sans doute les diverses tumeurs du cou étaient souvent confondues entre elles, sans doute l'adénite scrofuleuse, le lymphome, le lymphosarcome, etc., étaient pour eux la même maladie sous différentes formes. Cependant il est un genre d'adénite, et c'est celui qui nous occupe, qu'ils tendaient à rattacher à la scrofule.

Hippocrate, Galien, attribuent la dégénération des glandes cervicales à une tumeur froide et pituitaire. C'est à Galien que le savant médecin du Val-de-Grâce, Poulet (1), fait remonter l'extirpation de ces ganglions. Reprise par Vésale, Fallope, exécutée par A. Paré lui-même, elle fut bientôt abandonnée. Elle fut remise en usage à la fin du siècle dernier par un chirurgien-major de l'hôpital de Saint-Quentin, Magniez, qui l'appliqua plus de deux cents fois, et n'accusa que quatre

1. *Archives de médecine militaire*, t. III, 1884, p. 369.

morts. J.-L. Petit, Chopart, Desault, Hévin, la pratiquèrent, et désignèrent ces tumeurs sous le nom de tumeurs strumeuses, à l'exemple ou de concert avec les chirurgiens anglais et américains.

Mais c'est surtout à Larrey père que l'on doit d'avoir pris l'initiative d'une opération difficile et en somme encore peu connue, et qui devint courante dans les hôpitaux. Willaume (de Metz), Boyer, Pelletan, Dupuytren, la pratiquèrent ; mais on ne la vit guère instituée en principe que dans la première moitié de ce siècle, par Bégin (1831). Il l'aurait, si l'on en croit Malle (1), exécutée une trentaine de fois. Après lui, Malle, Sédillot, Baudens, Roux, et surtout H. Larrey, continuèrent l'énucléation. Il existe un rapport de ce chirurgien à l'Académie de médecine, dans lequel la paternité de l'opération est attribuée non pas à Galien, mais à Sanctorius : *Ergo strumæ nunquam sanabuntur, nisi evellantur*.

Alors que l'on confondait les tumeurs cervicales, on ne pouvait tracer les règles de la chirurgie les concernant. Larrey (2) et Velpeau (3) séparèrent l'adénite chronique des autres tumeurs, les hyperplasies des néoplasies, et les hyperplasies les unes des autres, et répandirent ainsi sur le diagnostic les premières clartés.

Nous citerons, comme nous ayant particulièrement frappé, la thèse de Gay publiée à Strasbourg sous le nom « d'adénite cervicale envahissante » ; la note de Coste relative à une observation de ganglions strumeux (4) ; l'article de Laugier (5), dans lequel il est question d'engorgements se développant

1. *Archives de médecine à Strasbourg*.

2. *Bulletin de l'Académie de médecine et Mémoires de l'Académie de médecine*.

3. *Archives générales de médecine. — Clinique chirurgicale*, t. XXX. — *Médecine opératoire*, t. III.

4. *Union médicale*, 1850.

5. *Dictionnaire en 30 volumes*, 1835.

chez des sujets dont les caractères extérieurs sont ceux des scrofules, et dénotent parfois à eux seuls l'existence de cette maladie. Le mérite de Verneuil en cette occurrence ne fait de doute pour personne. Ses études sur les différentes tumeurs sont classiques, aussi bien que son opinion contraire sur l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou, préconisée par Messenger Bradley (1). MM. Desprès et Richelot se rangent à son avis (2). Il est vrai de dire que malgré les recherches anatomiques et histologiques de Cornil, Grancher (3), Thaon, Rinfleisch et de leurs émules, on se trouve jusque-là souvent bien embarrassé quand on se propose de caractériser une tumeur d'un ganglion lymphatique, que l'identité de la scrofule et de la tuberculose n'est pas encore indéniable, ni même assez généralement démontrée, et que par suite, la question de principe elle-même ne saurait être primordialement tranchée.

C'est en 1882 que la découverte de R. Koch (4) venant animer les expériences, c'est le cas de le dire, de Villemin (5), fournit les éléments d'une démonstration qui nous paraît irréfutable. En Allemagne, le nombre des opérateurs en ce sens est manifestement, à la suite des Billroth, Volkmann, Fischer, Kocher, Krœnlein, Riedel, Neuber, supérieur à celui des expectants. En France, à Trélat (6), il convient d'opposer presque tous les chirurgiens français. C'est ce que révèle la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1884, à la suite de la communication du docteur Poulet; un terrible insuccès semble dégoûter à tout jamais d'extirper les nids

1. *British med. association*, 1875.

2. *Société de chirurgie*, 1880.

3. *Gazette médicale de Paris*, VII à XVII, 1880.

4. *Berlin. klin. Wochenschrift*, n° 15.

5. *Contagiosité de la phtisie*, 1865.

6. *Gazette des Hôpitaux*, IV et VII, 1884.

scrofulo-tuberculeux siégeant dans les ganglions, avant qu'ils ne se répandent dans l'économie. Les uns, comme nous le verrons, cherchent un moyen terme, d'autres modifient un peu les procédés anciens, ou en proposent de nouveaux qui permettraient d'attendre. Et cependant, une opération radicale et précoce se dresse fatalement devant les yeux. Les observations de Chambers J.-W. (1), Schnell (2), Cazin (3), Poulet (4), Jeanselm (5), Coudray (6), Legroux (7), M. Scheyer (8), Grimfeld (9), Chrétien (10), John Fagan (11), Bouilly (12), constituent autant d'arguments que nous réserverons en cas de besoin pour le chapitre correspondant. Les chirurgiens de l'école de Nancy ne sont pas aussi exclusifs que ceux de Paris, et ont tous pratiqué souvent l'extirpation. Nous citerons entre autres M. Vautrin, dans le service duquel nous avons pris quelques observations.

1. *Transaction of the med. Faculty of the Stat. of Maryland*, p. 89, 1886.
 2. Thèse de Bonn, 1885. — *Von Extirpation tuberculöser Lymphome*.
 3. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 5 mars 1884, p. 223.
 4. *Archives de médecine militaire*, t. III, 1884, p. 369.
 5. *Congrès de la tuberculose*, 1888.
 6. *Conditions chirurgicales des localisations extérieures de la tuberculose*, Thèse de Paris, 1884.
 7. *Congrès de la tuberculose*, 1888.
 8. *Statistik der Operation der tuberculöser Lymphome*, Thèse de Breslau, 1888.
 9. Erfahrungen über die Extirpation tuberkulöser Halslymphodrüsen, *Zeitsch. f. Heilkunde*, t. VIII, p. 191.
 10. *Gazette Hebdomadaire*, n° 21, 1886.
 11. *The Dublin med. Journal of. med. Science*, p. 495, juin 1884.
 12. *Congrès de la Tuberculose*, 1888.
-

CHAPITRE II

Évolution clinique de l'adénite tuberculeuse

Parmi les caractères d'une maladie donnée, la marche occupe le premier rang. Il n'y a donc pas de meilleur procédé de se rendre compte de la nature probable d'une affection, que de voir clair dans l'évolution clinique. De là des questions faites aux malades : comment cela a-t-il commencé ? Depuis combien de temps ? Quels sont les divers aspects (dans le cas présent) que cette grosseur a présentés ? C'est ainsi que l'on arrive à tracer les phases morbides. Aussi suivrons-nous la même méthode. Ils ont une importance capitale dans le chapitre de la clinique qui porte le nom de « tumeurs ».

Le début de l'adénite tuberculeuse est à peu près invariable. Soit que les patients fussent, ce qui est rare, absolument indemnes de ganglions (de glandes, comme ils disent) soit au contraire qu'ils fussent par avance lymphatiques et qu'ils eussent remarqué spontanément, ou d'après les avis de leur médecin, l'existence de quelques nodosités absolument indolentes, mobiles, roulant sous le doigt, dures comme de petites billes, tous racontent qu'ils se sont un jour aperçus d'une

tuméfaction gênante, de temps à autre lancinante, formant une grosseur qui les gênait plus par son volume que par les troubles qu'ils ressentaient, mais qui cependant, au fur et à mesure des évènements, présentait manifestement une tendance à l'inflammation. Puis de temps à autre un peu de chaleur et quelques picotements. Mais en aucun cas l'adénite n'aboutit encore à la suppuration. La tumeur ne contracte pas d'adhérence avec les tissus du voisinage, du moins dans la forme qui nous occupe. Elle progresse lentement, ou par poussées insidieuses mal caractérisées; et en même temps qu'elle progresse, elle semble se propager, car les malades indiquent formellement que la déformation de la région, a, non seulement augmenté, mais encore changé d'aspect. En effet, à un premier ganglion pris, s'en est amené un second et, successivement d'autres masses ganglionnaires englobées dans l'adénite ont constitué un îlot à plusieurs groupes. La grosseur s'est déformée et, quoiqu'on puisse encore la limiter à la palpation, qu'elle soit dure et mobile sous la peau, elle s'est mamelonnée. C'est généralement son volume et sa métamorphose qui, inquiétant le malade, l'amène à consulter. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que ce volume ait pris de grandes proportions, pour qu'il s'y décide. En effet c'est principalement l'apparence, et la gêne qu'il éprouve, qui le guident à cet égard. Or, telle tuméfaction pourra dans telle région du cou acquérir un volume considérable, avant que l'un ou l'autre de ces motifs cliniques pousse le malade à prendre un avis; tandis qu'une région du cou différente ne se prêtera pas à une tumeur même médiocre. C'est également la texture, la disposition, la composition organique de la région qui semblent commander aux rapports entre les poussées inflammatoires des ganglions, leur multiplication, la formation d'adhérences.

Plus en effet l'espace se trouve envahi, plus les poussées

inflammatoires se montrent nombreuses et intenses. C'est ce qui explique comment il se fait que, si l'on rencontre de grosses tuméfactions sans grandes adhérences, il est de règle que les paquets mamelonnés aient perdu de leur mobilité. Au surplus chaque expansion de la première glande ne s'effectue que par envahissement. La tumeur primitive est restée, mais elle a bourgeonné : d'un district du cou elle a monté ou descendu dans un autre ; c'est là ce qui inquiète. Avec cet envahissement, des picotements, voire même de vraies périodes inflammatoires, de nombreux accès fébriles ont fait leur apparition. Ce n'est pas une gêne que l'on éprouve mais un sentiment de tension douloureuse. Les progrès de la tumeur s'accompagnent de troubles du côté du cou et de la tête ; une sorte d'engourdissement rhumatoïde, se répand dans les muscles de la région et de la nuque. Enfin les énormes tumeurs qui occupent non point exclusivement une zone cervicale, mais toutes les régions du cou, gagnent la nuque, et se prolongent des deux côtés dans toutes les directions. Elles s'accompagnent de phénomènes de compression résultant de l'étranglement des paquets vasculo-nerveux et des organes importants. Telle est, en bloc, la marche du ganglion tuberculeux dépourvu de complication, de suppuration. Il tue par envahissement de tout le système lymphatique du cou.

Résumons ici, les troubles fonctionnels signalés :

Trismus inflammatoire, et douleur au niveau des glandes salivaires. — Anémie cérébrale par compression de la vertébrale et de la carotide. Phases congestives intra-encéphaliques par gêne de la circulation en retour. Œdèmes divers, et varicosités, thromboses veineuses, phlébites, abcès intra-vasculaires. Douleurs par le même mécanisme, occupant principalement le plexus brachial. — Dysphagie, accidents du côté du

pneumo-gastrique et du récurrent, cornage, suffocation, altération de la voix.

Il existe un type de ganglion avec suppuration dont nous n'avons pas à nous occuper ici en tant qu'évolution. Mais il nous faut le signaler au point de vue clinique parce qu'il n'est pas rare de voir se présenter un malade porteur de stigmates de suppuration ancienne (écrouelles) et chez lequel on constate actuellement des ganglions tuberculeux. Les stigmates constituent une indication diagnostique et pronostique. — Ce n'est pas tout; il est bien rare que les adénites un peu volumineuses dont nous venons d'esquisser le tableau, soient uniformément dures. Les trois symptômes physiques « délimitation précise, mobilité sous le doigt, dureté » appartiennent à la mono-adénite, relativement récente. Dès que l'affection a dépassé certaines limites, chaque ganglion pris subit une désagrégation qui se traduit cliniquement par des points de ramollissement au sein de la masse; si bien qu'on peut formuler cet espèce d'aphorisme: Toute tumeur ganglionnaire mamelonnée a perdu de sa consistance, sinon dans son ensemble, du moins par endroits.

Enfin la chirurgie ne se borne pas purement et simplement à traiter ces régions: elle opère sur les malades. Quel est, parallèlement, l'état général des sujets porteurs à diverses périodes des divers types d'adénites tuberculeuses? C'est moins à l'aspect général du malade qu'à l'état des organes internes qu'il convient d'avoir égard.

Quelles que soient la phase et la forme de l'adénite, on doit établir trois catégories cliniques. La première comprend les malades indemnes de toute lésion organique viscérale. — La seconde embrasse les patients à poumons douteux. Dans la troisième nous groupons les poumons manifestement pris par la tuberculose. Chacune de ces catégories pourrait se

subdiviser en sous-ordres suivant la santé réelle des individus envisagés. Mais cette santé dépend bien plus, dans l'espèce, des troubles fonctionnels occasionnés par la tuméfaction, qu'elle ne révèle réellement le degré d'envahissement interne du poison tuberculeux.

Sans doute, une cachexie qui témoigne indubitablement de la période de phthisie pulmonaire, coupe court à toute indécision. Mais ce n'est généralement pas le cas. Le plus ordinairement, le mauvais état de l'économie tient surtout à l'atteinte des lymphatiques. Et il n'est pas exceptionnel de voir se relever après un traitement convenable des malades affectés simultanément de gros paquets ganglionnaires et de tuberculose pulmonaire au premier degré (Obs. XXVI). Par contre, certains individus supportent vaillamment les accidents causés par une énorme tuméfaction et des lésions pulmonaires locales. Supposons qu'on les abandonne. Que deviendront les viscères supposés malades? Comment se terminera la tumeur ganglionnaire? Quel sera le sort de l'individu?

La tumeur ganglionnaire trop volumineuse suppurera ou comprimera par son accroissement les organes dont nous avons parlé, à tel point que le malade succombera, soit à l'une des nombreuses fusées purulentes, soit par suite de l'inflammation des vaisseaux et des nerfs, soit enfin par l'arrêt fonctionnel occasionné par la compression même.

La tuberculose pulmonaire, en progressant, compliquera d'autant les souffrances dues aux phénomènes locaux; à la fièvre occasionnée par la suppuration des clapiers cervicaux, aux accidents dus à l'irritation des vaisseaux et des nerfs, aux troubles de la circulation encéphalique, à la compression du larynx, de l'œsophage, etc..., se joindront les manifestations multiples de l'atteinte du poumon par la tuberculose.

En résumé, un malade porteur de ganglions tuberculeux

non suppurés se présente au médecin sous trois aspects principaux *au point de vue de la région* :

- 1° Un seul ganglion de grosseur variable ;
- 2° Masse ganglionnaire multi-lobulée ;
- 3° Trace de suppuration antérieure indépendante de l'état local actuel, dans la partie prise ou son voisinage.

Enfin en ce *qui concerne l'état général*, en dehors, bien entendu, des complications dues à des lésions locales (phénomènes de compression par exemple) ; ou bien le malade est parfaitement sain en apparence, ou bien il présente un degré plus ou moins notable de dépérissement dans la genèse duquel entrent pour une part les troubles fonctionnels dus à l'expansion de la tuméfaction régionale, et les altérations viscérales constatées à l'auscultation.

CHAPITRE III

Diagnostic

I

La première question qui se pose est la suivante : Quelle est la nature de l'adénite ?

Étant donnée une tumeur de la région cervicale non suppurée et indurée, a-t-on affaire à un ganglion tuberculeux ou scrofuleux, à une adénite ou à une tumeur vraie, à une néoplasie ganglionnaire ?

Pour cela, il est nécessaire de donner les symptômes des diverses tumeurs que l'on peut rencontrer à la région cervicale. En premier lieu, l'*adénite aiguë* se reconnaît aux signes de l'inflammation : chaleur, douleur, gonflement, rougeur, à un certain empâtement profond et souvent périglandulaire de l'endroit atteint, à un cortège de manifestations générales parmi lesquelles la fièvre tient le premier rang. Jamais le degré d'inflammation dont le ganglion tuberculeux peut aussi être le siège, ne se développe avec la même intensité ; jamais, si cette inflammation était un peu vive, il ne présenterait en tous cas

l'induration dont nous parlons. L'évolution décèle, dans l'adénite, un début brusque, chez un individu sain, robuste, par un léger frisson, une douleur assez vive localisée justement au point en question. On y sent la tuméfaction dont nous venons de résumer les caractères, tuméfaction qui peut, l'empâtement augmentant, s'accompagner bientôt de fluctuation ; en une dizaine de jours le ganglion a suppuré.

Dans le ganglion tuberculeux, on nous raconte que la tumeur existe depuis plusieurs années, qu'il y a eu des alternatives d'inflammation (poussées inflammatoires) et d'affaïssement. Et nous saisissons sous la peau une tumeur de volume variable, dure, assez libre sous les téguments, dénuée de réaction, sans changement ni du côté de la peau, ni du côté du tissu cellulaire. On nous dit que, sans que la santé générale ait eu à souffrir d'une façon continue, on a eu des accidents témoignant de strume ou de lymphatisme, le plus souvent héréditaires, que chaque poussée s'est traduite par une augmentation de la glande qui a cédé à une thérapeutique caractéristique, et qu'il y a eu d'autres groupes glanduleux de la même région ou d'ailleurs, dont nous percevons la présence superficielle ou profonde, ancienne ou récente, les traces au palper (chapelets) ou à la vue (écrouelles). D'autres signes importants sont empruntés à l'examen de la surface du corps et des organes des sens, déterminations scrofuleuses de divers ordres du côté de la peau, des yeux, des oreilles, cicatrices sur lesquelles les éléments de la clinique nous ont appris à exercer notre jugement.

On a récemment rattaché à la tuberculose certains faits de *lymphadénome* ! D'une manière générale, le *lymphadénome* est caractérisé par la genèse dans les ganglions, et surtout dans les ganglions du cou de tumeurs indolentes,

volumineuses, bosselées, élastiques, atteignant quelquefois des proportions énormes et qui, sauf qu'elles ne suppurent pas, peuvent ressembler pendant très longtemps au tubercule ganglionnaire. En pareils cas, l'hyperplasie lymphatique envahit tout le système lymphatique comme dans le lymphadénome commun, et en même temps les ganglions envahis de l'économie entière s'indurent et se caséifient, la rate se prend, la fièvre s'allume, les poumons s'infectent de tubercules miliaires.

Le lymphadénome peut prendre une évolution encore plus maligne et plus rapide; en semblable occurrence, d'indolentes masses, toujours dures, deviennent douloureuses, adhèrent à la peau, rougissent et projettent en tous sens des bourgeons très résistants, le lymphadénome s'est transformé en *lympho-sarcome*. La cachexie spéciale du malade, différente de celle du lymphadénome ordinaire, du lymphadénome tuberculeux, du lymphotuberculome étendu, permet de fixer son jugement de concert avec le microscope.

Nous envisageons à dessein la clinique pure et nous en saisissons le côté pratique, sans nous arrêter à l'analyse histologique des pièces du délit. La science la plus profonde reste au surplus souvent en défaut et nous n'avons pas la prétention de faire mieux que nos savants maîtres. Aussi glisserons-nous sur le *carcinome ganglionnaire*. Au début, l'aspect clinique de toutes ces tumeurs est le même; c'est l'évolution qui vient nous dire qu'à raison de l'extension du néoplasme, de la dureté de la masse, de l'envahissement des tissus successivement pris dans un ordre soumis à certaines lois, de la cachexie, nous sommes en présence d'une tumeur maligne. Des points se ramollissent et l'expulsion d'un pus fétide ou répandant une odeur spéciale fixent notre opinion. La teinte

jaune-paille arrive à la rescousse. S'agit-il de carcinome vrai, de sarcome simple, de lymphosarcome, de lymphadénome malin, de lymphosarcome mixte ? C'est ce qui reste à déterminer. La chirurgie n'intervient que d'après les indications que nous venons de condenser, et l'état actuel de la tumeur. Aussi nous en tiendrons-nous là.

En résumé ce qui guide surtout dans le diagnostic d'un ganglion tuberculeux, c'est l'aspect particulier des malades ; l'ancienneté de l'affection, sa chronicité semi latente, sa progression continue de concert et sous l'influence de légères poussées inflammatoires, et l'histoire de son enfance permettent de reconstituer le passé lymphatique ou scrofuleux du malade, qui en porte encore le plus souvent des stigmates encore récents.

L'inutilité des traitements dirigés contre une adénite supposée simple, est caractéristique. Aux symptômes généraux se joignent les symptômes propres à l'adénite tuberculeuse, dont nous avons parlé plus haut.

Enfin, à l'auscultation, l'on trouve, sinon une respiration obscure ou saccadée, du moins un murmure vésiculaire impur, qui permet d'avoir des doutes.

La plus grande des difficultés à vaincre, c'est de la distinguer d'une adénie. Mais, en pareil cas, c'est-à-dire dans le cas de l'adénie, d'autres régions sont généralement envahies, et l'examen du sang permet le plus habituellement la distinction. (Leucocytose.)

Il est d'ailleurs nombre de cas d'une difficulté diagnostique extrême. Nous en citerons notamment quelques-uns qui ont servi de thème à une clinique des plus instructives de M. Bouilly (1). Nous en extrayons deux observations qui font

1. ASSAKY. — Quatre cas d'adénopathie cervicale. — *Gaz. méd. de Paris*, n° 51, 1882.

foi de l'association de l'élément syphilitique à l'élément scrofulotuberculeux et de la difficulté de différencier ce genre de tumeurs des tumeurs malignes, malgré la réunion d'un cortège de symptômes venant dater chacune des périodes d'un processus ganglionnaire, et lui donner la signature probable et presque certaine de la tuberculose.

OBSERVATION **A** (BOUILLY, *loc. cit.*, Obs. IV)

Syphilotuberculose

Nous résumerons sous ce titre l'observation IV, tirée de la clinique précitée. Il s'agit d'une jeune femme syphilitique depuis deux à quatre mois, ainsi que le révèle l'existence depuis cette époque de plaques muqueuses indéniables. Elle présente encore des ganglions qui occupent le côté gauche du cou, mais non pas ces ganglions petits, isolés, indolents siégeant pour ainsi dire au milieu d'un tissu cellulaire sain. C'est une masse considérable dans laquelle ganglions et tissu périganglionnaire sont confondus. On ne constate aucune menace d'abcès. Le traitement consiste avant tout à administrer à l'intérieur le mercure, le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue, ces modifications intervenant en pleine période active de début des deux diathèses et ayant une action efficace en pareilles conditions. En admettant que les bacilles scrofulotuberculeux continuent à multiplier, le germe virulent de la syphilis subira une déchirure qui sera favorable à l'intervention opératoire si elle devient nécessaire.

C'est peut-être le seul fait qui justifie l'expectation armée, parce que c'est le seul où le médecin soit appelé au début, et où l'hybridité indéniable constitue un argument et, provisoirement, une contre-indication à l'intervention armée. Il a, à ce point de vue, une valeur considérable.

OBSERVATION **B** (BOUILLY, Obs. II)

Erreur de diagnostic. — Carcinome épithélial pris pour un syphiloscrofulome

Un homme de 37 ans vient consulter pour une tuméfaction énorme siégeant à droite; le cou au même niveau est le siège de quelques ulcé-

rations et trajets fistuleux. On gratte à la curette. Tout marche bien pendant huit jours, à ce moment les bourgeons se détruisent, s'effritent, et il apparaît une suppuration émanée de la profondeur. On reprend le curage en grattant à fond à l'aide de plusieurs curettes de calibres divers, introduites jusqu'au cœur de tous les diverticulum, et l'on pénètre jusqu'au dessous du sterno-mastoïdien. On lave à la solution au dixième de chlorure de zinc. On panse à l'iodoforme. La même amélioration se produit que précédemment, puis la récurrence recommence sous la forme préalablement observée.

Comme l'individu est bien constitué, peu amaigri, comme l'épithélioma primitif des ganglions est rare, comme il n'y a eu dans l'espèce ni ulcérations spontanées, ni trajets fistuleux, ni décollements, ni suppurations précoces pouvant imposer le diagnostic de lymphadénome, comme le malade nese plaint pas de douleurs, et qu'il n'a pas eu à souffrir d'hémorragies, ce qui permet d'éliminer le diagnostic de néoplasme d'un autre genre, comme on ne constate point d'engorgements ganglionnaires du voisinage, M. Bouilly formule l'opinion d'un hybride syphilo-scrofuleux justiciable de l'iodure de potassium. Il opère, et voici que le microscope décèle un épithélioma.

L'observation suivante nous servira d'introduction à la collection des scrofulotuberculomes et à l'étude comparative de l'évolution dans sa plus simple expression.

OBSERVATION C (BOUILLY, *loc. cit.*, Obs. I)

Adénite scrofuleuse ou tuberculeuse simple

Homme, 37 ans, d'assez bon aspect. On dépiste au niveau de l'os hyoïde une tuméfaction fluctuante. On l'évacue, on applique un pansement antiseptique. Il persiste des fistules. Puis il se forme une nouvelle tumeur fluctuante, fistuleuse, enfin le côté gauche du cou se prend à son tour et se perfore lui aussi. Ouverture, grattage, pansements de Lister, application d'iode. Guérison. — Deux ou trois mois après, c'est ce qui l'amène dans le service, il présente à droite, à l'angle du maxillaire inférieur un nouveau ganglion dont le centre est un peu fluctuant. — Tel est le cachet de l'adénite pure et simple d'origine strumeuse. — Ablation opératoire.

On ne saurait croire que les tumeurs qui inspirent une meilleure confiance ne soient les tumeurs bénignes telles que le *lymphome chronique ou ganglion chronique* et les *kystes*. Mais leur extirpation est moins urgente que celle du ganglion tuberculeux ; cette dernière s'impose au même titre que celle des tumeurs malignes, à leur début, avant qu'elles ne se soient généralisées à travers les tissus d'une même région ou au sein de l'économie.

Le *lymphome ou ganglion chronique*, parfaitement limité et globuleux, ovoïde, ne change jamais ; il ne progresse que très lentement et ne rétrograde en aucune façon. Il n'a le plus souvent aucun inconvénient. Il est le plus habituellement impossible de le confondre avec les tumeurs précédentes. Car celles-ci ne sont soumises à l'inspection du chirurgien que parce que les progrès de leur développement inquiètent les patients. Il n'en est pas ainsi pour le ganglion. Jamais non plus la santé générale ne se trouve ébranlée de par le lymphome chronique, même quand, ce qui est rare, on en rencontre des autres disséminés.

Les *kystes cervicaux* ne permettent pas de confusion. En général, petits grains de raisin excessivement élastiques et mobiles au plus haut point, ils témoignent d'emblée de leur construction, de leur contenu, de l'inclusion d'un liquide résistant et en même temps déplaçable (fluctuation) entre les parois de poches bénignes. Il n'existe jamais d'adhérence aux téguments, ou, pour être plus précis, d'adhérences par envahissement des tissus tégumentaires. L'aiguille exploratrice vient au surplus lever tous les doutes de par la nature de l'écoulement. La progression en est très lente.

Quant aux *anévrismes* de la région en question, les mouvements d'expansion, les bruits qu'on perçoit à l'auscultation, l'étude des battements, et l'examen comparatif des deux

côtés du cou, toujours nécessaire d'ailleurs, voilà les pivots du diagnostic.

II

La nature de la tumeur une fois déterminée, le chirurgien s'efforcera d'en saisir les rapports anatomiques précis. Car il lui faut connaître l'étendue du mal. Nous en avons précédemment énoncé les caractères locaux qui intéressent la clinique pure. Ceux dont nous allons parler qui entrent en ligne de compte en faveur de la première partie du problème, servent de guide à l'intervention. Apprécier le volume du ou des ganglions, est loin d'être constamment facile. M. Delorme a formulé la remarque ainsi conçue :

« Quand, dit-il, la tumeur, même profonde, est sans bosse-lures, quand elle est régulière, un seul ganglion est pris. Quand elle est mamelonnée, on a affaire à un amas ganglionnaire. »

Le terrain se trouve ainsi circonscrit. Si un seul ganglion est pris, l'endroit sur lequel on va le chercher avec la main, et le limiter, en signale approximativement les rapports. Nous disons approximativement, car il s'agit de régions sous-aponévrotiques ; et même dans le cas d'une mono-adénopathie, la précision à travers les tissus du cou ne saurait être que toute relative. Quand on a devant soi une poly-adénopathie, il est simple d'en limiter le contenu en avant depuis le creux sus-claviculaire, jusqu'à la ligne du maxillaire ; depuis la région sous-hyoïdienne, jusqu'au sterno-mastoïdien ; il est à peu près impossible d'en connaître les attaches profondes. On juge de ces relations d'après les sensations que fournit le palper et la réelle détermination des diamètres transversaux et longitudinaux de la masse.

On sait donc que l'on a affaire à plusieurs ganglions, que l'on pourra, en général, facilement extirper; mais ce que l'on ne peut connaître, c'est le nombre des ganglions qui souvent se prolongent fort loin en chapelets dont on ne peut déterminer les rapports.

Or ce sont précisément ces expansions qui, en provoquant de graves accidents de tous ordres, réclament l'intervention du chirurgien.

CHAPITRE IV

Traitement.

Les quelques pages que nous avons consacrées à l'étude clinique de l'adénite tuberculeuse suffisent à montrer la nécessité de l'intervention chirurgicale à n'importe quelle période de la maladie. Cette intervention s'impose à cause de l'évolution de l'affection fatalement progressive, localement nuisible et capable d'infecter l'organisme (1). Mais elle est loin d'être comode, ainsi qu'un récent exemple nous l'a appris, quoiqu'il s'agisse d'un chirurgien expérimenté (2).

D'un autre côté, si, au début du processus, dans des conditions plus favorables, on obtenait la fonte des ganglions sans être obligé d'effectuer un traumatisme, le résultat dispenserait d'autres recherches. Aussi à ce moment doit-on, tout d'abord en dehors de l'intervention chirurgicale, chercher le meilleur genre de traitement parmi tous ceux employés jusqu'alors.

(1) Voir sur ce sujet JEANNEL. — *Congrès de la tuberculose*, 1888. — *Progrès médical*, p. 92. — ARLOING, *ibid.* — LEGROUX, *ibid.*, p. 94. — COMBY, Etiologie et prophylaxie de la scrofule pendant la première enfance. *Archives de médecine*, 1885. — VERAGUTH, Die Stellung der praktischen Medicin zur Infractiontheorie der Tuberculose. *Corresp. Blatt f. Schweizer Aertze*, n° 15, p. 505, 1882.

(2) Voir historique, page 5, POULET.

Quelquefois avec un traitement médical approprié, on est arrivé à guérir certains ganglions notoirement tuberculeux. Aussi ne prétendons-nous pas que l'extirpation soit le seul mode de guérison, et que l'on doive toujours l'employer. Mais il ne faut pas trop tarder ; lorsqu'on s'aperçoit que malgré le traitement institué, la tumeur ne diminue pas de volume, ou même augmente, il faut recourir à l'extirpation. Notons que nous n'avons à nous occuper ici que de l'intervention avant formation d'abcès ; cette remarque restreint le débat. Et, somme toute, aux ganglions tuberculeux non suppurés du cou, on a appliqué plusieurs espèces de traitements. A l'exemple de Verchère (1) on peut les diviser en trois classes :

1. Le traitement médical ;
2. L'injection interstitielle ;
3. Le traitement chirurgical proprement dit.

Exposons-les brièvement en comparant les résultats donnés par chacun.

I. — *Traitement médical.*

Le traitement médical, hygiénique et antiscrofuleux convient moins au ganglion scrofulo-tuberculeux franchement constaté en état de virulence imminente, qu'aux premières manifestations préparatoires lymphatico-scrofuleuses. L'hygiène alimentaire azotée, les ressources de la climatologie et de la balnéothérapie, les saisons maritimes, l'administration d'huile de foie de morue, d'arsenic, d'iode, les applications locales du froid (Hévin), les douches (Velpeau et Larrey), les badigeonnages à la teinture d'iode, les pommades à l'iodure

1. *Nouveau traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. — Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, t. 1, p. 317, 1887.

de plomb, à la belladone, à l'hydrargyre, quels qu'en soient les véhicules (glycérine de Guersant, vaseline, lanéoline, etc.), sont à citer, avec cette restriction que, comme le fait remarquer judicieusement Billroth, c'est chose rare que d'obtenir une guérison par ces seuls moyens. Nous en connaissons à présent le motif. C'est pourquoi nous n'hésitons pas à en réserver l'emploi à la phase du début.

L'emplâtre de Vigo ne diminue l'engorgement que s'il s'agit d'un hybride scrofulo-syphilitique (V. plus haut page) ou juste au début d'une poussée inflammatoire surajoutée.

Un modificateur qui a joui d'une réputation peut-être surfaite, mais qui semble sans conteste avoir donné de bons résultats, remonte à Dehaën et à Mandugt, 1784; c'est l'électricité. Après eux, Sigaud de la Fond (1803); Schuter (*Gaz. des hôp.* 1842); Becquerel père, Delavet, Duchenne de Boulogne (*Arch. gén. de méd.*, 1851), l'expérimentèrent. Enfin Boulu (1) la mit en pratique pour les tumeurs superficielles peu consistantes et offrant un solide point d'appui. Il conseille en conséquence d'y avoir recours de bonne heure, sans perdre de temps dans les moyens inactifs.

Paupert et Demarquay ont encore exalté ce mode de traitement (2). Pour eux l'insuccès est l'exception, même pour les tumeurs ganglionnaires les plus volumineuses. Ils se servent de la pile de Duchenne de Boulogne, ou de Breton, pile à courant continu, en substituant aux éponges l'acupuncture. Le nombre d'aiguilles ne dépasse pas six; et ils varient la durée et l'intensité du courant suivant l'âge du malade, et la région. Philipeaux (3) publie trois observations où l'électricité lui a donné d'excellents résultats, ainsi que Lambry (4).

1. *Gazette médicale*, 1855, p. 573. — *Académie de médecine*, 1856.

2. *Union médicale*, 1858.

3. *Gazette médicale de Lyon*, 1858.

4. *Thèse de Paris*, 1872.

C'est donc là un mode de traitement qui dans certains cas a chances de succès, et qui est facilement applicable, quoique un peu long. On peut donc l'essayer avant d'avoir recours à une opération plus sérieuse. Il amène par suite de l'excitation qu'il produit, la résorption de la tumeur.

Il n'y a pas encore bien longtemps paraissait un mémoire consacré à *l'électrolyse* en pareil cas. En voici l'analyse: Produire par décomposition au sein de la tumeur ganglionnaire sur une aiguille électrode en zinc et du chlorure de sodium, du chlorure de zinc à l'état naissant, et cautériser, détruire molécule à molécule par le caustique à mesure qu'il se forme, les éléments tuberculeux, tel était le but que se proposait M. Golding-Bird (1). Malgré l'ingéniosité de l'idée, malgré les éclatants succès énumérés par l'auteur, le procédé ne s'est pas vulgarisé.

II. — *Injection interstitielle.*

La méthode de traitement qui a été préconisée par le D^r Luton (de Reims) depuis 1863 (nous voulons parler des injections interstitielles irritantes et substitutives), consiste à porter directement dans l'intérieur du ganglion malade des liquides plus ou moins irritants, de manière à obtenir une inflammation franche et légère, suivie de résorption atrophique. Luton a employé tout d'abord la solution de nitrate d'argent faible avec succès pour un ganglion mastoïdien (2). Puis dans son *Traité*, il rapporte divers exemples d'adénites scrofuleuses, ayant résisté aux moyens classiques, qui ont guéri par les injections interstitielles diverses: teinture d'iode,

1. The treatment of scrofulous glands by the electrolytic caustic in. *The Lancet*, 28 sept. 1878.

2. *Archives générales de médecine*, 1867.

acide iodique, perchlorure de fer, alcool, acide phénique, chlorure de zinc, bi-arséniate de potasse, eau salée.

Luton (1) anesthésie d'abord avec l'appareil de Richardson la partie au niveau de laquelle doit être faite l'injection ; puis il pratique l'injection à l'aide de la seringue de Pravaz. Mais la teinture d'iode est trop irritante pour que la douleur ne se réveille pas bientôt. Très souvent, en outre, elle est suivie de suppuration de la tumeur (2). M. Gillette dut ouvrir deux fois une tumeur ayant suppuré à la suite d'injections interstitielles faites à l'intérieur d'adénites sous-maxillaires tuberculeuses.

En effet, activer le ramollissement du tubercule, le transformer en abcès, et le faire résorber, tel est d'ordinaire leur mécanisme. Si la dernière partie du programme ne s'accomplit pas, il nous reste l'abcès. Heureusement encore que l'iode tue les bacilles. — Reclus (3) a essayé d'un modificateur direct par la même voie, la *liqueur de Fowler*, qui n'a pas tenu non plus ce qu'elle promettait (4). La teinture de *tayuya intus et extra*, et en injections interstitielles, semble elle aussi, avoir joui d'une gloire éphémère (5). On en est alors revenu à la pratique de Koerbl, consistant à masser la glande momentanément saturée d'iode mitigé (6). C'est ainsi que M. Richelot attribue à toute une série d'injections intraglandulaires de quelques gouttes de teinture d'iode répétées, un résultat dissolvant rapide des adénites chroniques indolentes (7).

1. *Traité des injections sous-cutanées à effet local*, Paris, 1875.

2. LAVAT. — *De l'emploi des injections dans le traitement des adénites*, Strasbourg 1869.

3. J. BERTIN de Gray. — *Union médicale*, 1868.

4. *Gazette hebdomadaire*, 1885, p. 275.

5. NOVELLO. — *Contribuzione alla cura della scrofulosi mediante il tayuya. Giornale Veneto di Scienze med.*, 1878.

6. Zur Behandlung der Lymphome. *Wien. med. Wochenschrift*, n° 19, p. 563, 1882.

7. *Union médicale*, p. 165, 1882.

Nous n'y voyons d'autre action que celle qui s'adresse justement aux premiers symptômes prémonitoires, et non au tubercule ganglionnaire lui-même. — Nous porterons le même jugement sur les injections interstitielles d'*acide phénique* (1), la pratique chirurgicale ne décelant les bons effets des pansements antiseptiques que lorsque le milieu antiseptique peut être radicalement, largement constitué, et quand l'élimination des produits peut être simultanément assurée. — Quant à la *calcification thérapeutique* par voie intraglandulaire, au moyen de l'injection de solution de phosphate de chaux (2), son moindre inconvénient est de provoquer la gangrène des parties molles.

Un examen attentif mérite d'être accordé aux injections d'*éther iodoformé*, appliquées aux ganglions non suppurés. On connaît les études de Verneuil sur le traitement des abcès tuberculeux par ce liquide. Tout récemment M. Chrétien en administrant à l'intérieur l'iodoforme à la dose de 20 centig. par jour a vu chez trois malades disparaître en un espace de temps relativement court, des ganglions strumeux du cou, sans récive. Aussi ne sommes-nous pas surpris des cinq observations favorables décrites par M. Verchère (3), à l'appui de ce genre de traitement : « Si, dit-il, l'adénite cervicale présente déjà du ramollissement, on rentre dans l'application de l'éther iodoformé » ; si l'adénite est dure, généralement elle se compose de plusieurs ganglions qu'il faut isolément poursuivre, à plusieurs jours d'intervalle. C'est là que gît la difficulté. Aller chercher, la peau restant intacte, chaque ganglion, l'embrocher exactement sans le traverser, ne pas

1. TAYLOR. — *Amer. journal of med. sciences*, avril 1882. — On the abortiv treatment of Buboos and Lymphadenistis generally, etc...

2. MULLER. — KÖLSCHER. — *Wien. med. Presse*, 22-24, 1887; 43, 1887.

3. *Etude clinique et expérimentale sur la tuberculose*, t. 1, p. 317, 187.

répandre d'éther iodoformé dans le tissu cellulaire sous-cutané, voilà suivant nous, autant de difficultés, et par suite une méthode peu radicale. Mais enfin il y a dans ces deux derniers procédés, surtout l'administration de l'iodoforme à l'intérieur, un mode de traitement qui demande à être expérimenté.

En tous cas les résultats, s'ils sont bons, se font attendre ; aussi dirons-nous *a priori* avec Sarrazin (1), que l'extirpation a au moins l'avantage de l'efficacité. Examinons donc la troisième série de traitement.

I. — *Traitement chirurgical.*

Le massage a réussi à H. Larrey dans le cas de tumeurs petites et indolentes. Baudens l'utilisait comme premier procédé de la mobilisation de la tumeur, avant d'en faire l'extirpation.

Bégin et H. Larrey ont employé la *compression*, qui n'est applicable que dans les régions parotidienne, mastoïdienne et sus-claviculaire, où l'on trouve un point d'appui sur lequel fixer la tumeur. Encore ce moyen est-il mal supporté par le patient. On emploie dans ce but, soit des compresses graduées ou superposées, soit une pelote de linge ou de peau, soit une plaque de plomb.

L'écrasement, qui n'est autre chose qu'une compression brusque, a été conseillée par Malgaigne. Il se servait des doigts pour rompre l'enveloppe et le tissu propre de la glande. Velpeau employait deux plaques de bois qui comprimaient énergiquement la tumeur. Ces deux derniers procédés ne peuvent être employés qu'à des adénites superficielles, petites et mobiles. Ils exposent à des inflammations suivies de suppuration

1. *Nouveau dictionnaire de médecine et de théorie pratique*, 1888.

de la tumeur, au lieu d'en favoriser la résorption. Ils peuvent de plus léser les organes de la région sur laquelle ils agissent.

Ce sont là des moyens violents, dangereux à employer, surtout pour les résultats qu'ils donnent. Nous en dirons autant des vésicatoires, sétons, cautérisations, etc. Tous ces procédés sont infidèles, et ne sont plus guère employés.

Nous arrivons donc à l'ablation des ganglions tuberculeux. *A priori*, on est autorisé à formuler que l'ensemble des traitements de l'adénite tuberculeuse, qui viennent d'être passés rapidement en revue, essayés à maintes reprises, sont loin d'avoir toujours donné les résultats qu'on aurait pu en attendre. Il appert néanmoins qu'ils peuvent réussir, l'un ou l'autre, et nous avons, chemin faisant, expliqué pourquoi ils jouent un rôle utile en certaines conditions. Mais que le clinicien instruit se trouve aux prises avec une adénite strumeuse gênante, douloureuse, difforme, exerçant sur les divers organes de la région cervicale une compression inquiétante, qui tend à grossir, à se ramollir, et, qui pis est, constitue un nid d'infection, il faut qu'il prenne un parti; et ce parti c'est l'élimination. D. Larrey disait : « Si la maladie résiste au traitement institué, l'extirpation devient alors indispensable, ou le malade est condamné à périr ». Et H. Larrey, il y a environ trente ans, dans son enthousiasme pour l'extirpation des ganglions du cou, continuait en ces termes : « Un fait général, un fait surprenant tout d'abord, bien constaté par les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation des tumeurs ganglionnaires du cou, et surtout par les chirurgiens des hôpitaux militaires, c'est le succès habituel, je dirai presque constant, des opérations de ce genre. Elles sembleraient véritablement se soustraire aux chances de la plupart des opérations, même minimales, et aucune théorie, aucune objection ne saurait détruire la réalité de ce

fait. Il m'avait étonné lorsque j'ai vu faire, et fait moi-même les premières ablations de ces sortes de tumeurs; il m'a laissé depuis la conviction d'un résultat exceptionnel en chirurgie. »

L'opinion de H. Larrey est peut-être un peu exagérée, car cette opération expose à des accidents. Ce qu'il faut, c'est, tant que la virulence de la masse n'est pas encore évidente, s'adresser à tous les modificateurs locaux et généraux. Mais il ne faut pas attendre que la tumeur suppure, que la maturité du foyer soit parfaite; il faut chirurgicalement s'en débarrasser auparavant, lorsque le traitement médical a échoué.

L'ablation ou extirpation, disons-le sans plus tarder, conduit souvent à de grands délabrements, parce qu'à côté et en arrière de la tumeur apparente, il y a d'autres ganglions, des chaînons qui s'en vont au loin, qui côtoient les vaisseaux, et que, malgré tout le soin et toute l'habileté opératoire du chirurgien, il y a de tout petits foyers disséminés, impossibles à atteindre. Chacun de ces desiderata a suscité des modes opératoires distincts, dont nous allons d'abord parler.

En premier lieu nous avons le *curage*.

Il n'est applicable qu'aux ganglions ramollis, caséeux. Dans un mémoire entraînant, de Lesser (1) s'en déclare très satisfait. Il prétend qu'il est très aisé et tout à fait anodin d'introduire dans une plaie de quelques millimètres de long, une petite curette tranchante à laquelle on imprime divers mouvements dans divers sens, pour pénétrer, rompre, râcler les différentes glandes que l'on amène avec l'autre main à ce niveau. On extrait de cette façon jusqu'à de tout petits

1. Ueber die Operationbehandlung verkäsender Lymphdrüsenanschwellungen, *Centralbl. f. Chirurgie*, n° 22, 1882.

caséums n'ayant souvent que la grosseur d'une tête d'épingle. Pas d'hémorragie, pas d'accidents consécutifs ; une antiseptie rigoureuse permet d'éviter les phlegmons périglandulaires. Il ne reste pas de fistule. Bien moins grave que l'extirpation, le curage n'exigerait pas l'alitement des malades, et n'entraînerait pas de déformations cicatricielles ; les cicatrices arrondies, peu déprimées, pâlisent graduellement. Sans doute, ajoute M. de Lesser, on ne peut avoir la prétention d'enlever par une seule plaie tous les ganglions ; mais c'est le même inconvénient auquel expose l'extirpation, et la perte de substance qu'elle nécessite, ne préserve ni de la tuméfaction des glandes voisines, ni de l'infiltration caséreuse de la plaie opératoire. Nous estimons, nous, que gratter ainsi à l'aveugle expose bien plus à tous ces accidents que faire le débridement, qu'on est beaucoup moins certain de tout enlever, qu'on ne saurait guère ainsi débarrasser totalement le malade de masses dont le volume et la maturité ordonnent l'extirpation, que le pansement antiseptique n'a sa pleine efficacité que sur des surfaces largement débarrassées, et que l'ensemble des développements auxquels nous avons consacré les lignes antérieures, impose le nettoyage large et ouvert de toute la région. Si l'on se trouve aux prises avec des récidives, avec des adhérences, avec d'anciennes fistules, si l'on ne peut en un mot porter le fer trop loin sans s'exposer à de trop grands délabrements, dans ce cas en effet on devra faire intervenir la curette, mais non à l'aveugle, non sans avoir exploré dans un milieu parfaitement aseptique l'étendue des envahissements microbiens. Nous préférons nous abstenir, et avoir recours, dans le cas de de Lesser, aux injections de Verchère, sinon la pathogénie nous commande d'extirper tout ce qui est extirpable.

Nous appellerons à notre aide l'opinion de ce jeune chirur-

gien qui affirme qu'on ne connaît même pas ce qu'on n'a pas pu enlever quand on emploie la curette, et que, la cicatrice du bistouri étant préférable à celle de l'adénite, la curette ne saurait dispenser d'aller enlever les coques des ganglions avec l'instrument tranchant classique. Cela revient à dire que la curette n'est qu'un adjuvant du bistouri; et, du moment qu'il faut sectionner, nous adopterons plus volontiers comme ligne de conduite la dissection attentive complétée du curage au besoin.

Nous sommes en tous cas loin de l'avis de A. Paré, qui disait : « Or il faut que le chirurgien soit adverti qu'auparavant qu'il fasse ouverture auxdites écrouelles, faisant laisser à perfection murer toute la tumeur et entièrement suppurer. Mais lorsqu'elles augmentent de volume et gênent plus ou moins les mouvements des parties sur lesquelles elles sont situées, elles doivent être extirpées; et il importe de les enlever de bonne heure, afin d'en opérer plus facilement l'isolement. » MALLE. — De nos jours, de grands chirurgiens français rejettent d'une façon presque absolue l'extirpation. Verneuil dit qu'il ne l'a pratiquée que trois fois, exceptionnellement, parce que c'est une opération dangereuse. Cependant les chirurgiens allemands la font couramment. Si les ganglions sont encore peu volumineux, peu nombreux, bien limités, l'opération est facile; elle ne l'est pas toujours autant lorsqu'ils sont plus gros et qu'ils ont des prolongements dans la profondeur. Alors on est souvent obligé de faire une dissection longue et prudente qui d'habitude amène l'ablation de la tumeur. Il est vrai que l'on cite des cas d'insuccès, mais ils sont peu nombreux. Velpeau avoue trois insuccès sur cent opérations; le docteur Magniez, quatre sur plus de deux cents cas; le docteur Poulet, un seul sur onze cas, etc. Billoth dit avoir extirpé avec succès plus de vingt ganglions du cou chez

un seul individu sans récurrence. Nous admettons donc que l'extirpation des ganglions du cou n'est pas aussi dangereuse qu'on veut bien le dire, et nous disons qu'elle procure des avantages : 1° la destruction d'un foyer d'infection toujours redoutable; 2° une guérison rapide.

En effet, nous l'avons surabondamment discuté, l'adénite tuberculeuse peut devenir dangereuse en raison des poussées inflammatoires auxquelles elle donne lieu. C'est une tuberculisation locale qui peut amener à la longue la tuberculisation générale, la phtisie pulmonaire, la méningite et la péritonite tuberculeuse. Si l'on n'enlève pas ce point tuberculeux, il se généralisera, et donnera des accidents qu'on ne pourra plus arrêter. Si au contraire on se décide promptement à l'ablation, on a toutes chances d'enrayer le processus tuberculeux. Nous ne voulons pas dire que l'opéré est indemne de toutes manifestations tuberculeuses. Non, car sur les 95 opérés que Fischer cite dans son ouvrage, on trouve 13 décès par phtisie; sur les 17 de Riedel, on en compte 2 qui ont succombé à la même affection. Ce que nous pouvons assurer, c'est qu'il meurt moins de malades opérés. Le docteur Cazin, de Berck-sur-Mer (1), nous en donne la preuve par sa statistique. De 1879 à 1882, il a pratiqué 102 ablations de ganglions strumeux sur 33 enfants qu'il a soignés. Les opérés lui ont donné en guérison 83.34 p. 100, et les non opérés 68.77 p. 100. Avant 1879 on ne faisait pas, à Berck-sur-Mer, d'extirpations, et, bien que les influences climatiques fussent les mêmes, la proportion des morts était plus grande que de 1879 à 1882; c'est-à-dire que la mortalité était de :

de 1869 à 1879.....	4.87 p. 100.
de 1879 à 1882.....	3.88 —

1. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 5 mars 1884.

Sur ces 102 opérés il a eu 2 morts, l'un par hémorragie de la carotide, l'autre par phlébite de la jugulaire interne. Ces chiffres prouveraient donc en faveur de l'extirpation.

D'autre part, nous devons dire que tous les opérés ne guérissent pas radicalement, qu'il y a des récidives ; mais nous nous hâterons d'ajouter que ces demi-guérisons, ces améliorations en quelque sorte diminuent de fréquence avec l'extirpation. Nous emprunterons encore des arguments au docteur Cazin.

Les améliorés étaient de :

de 1869 à 1879.....	3.66 p. 100.
de 1879 à 1882.....	0.90 —

Les non-guérís :

de 1869 à 1879.....	1.66 p. 100.
de 1879 à 1882.....	0.60 —

Enfin le D^r Cazin nous montre que la proportion de décès par accidents tuberculeux consécutifs a diminué depuis qu'il emploie l'ablation :

	de 1869 à 1879 —	1879 à 1882
Phtisie pulmonaire, tuberculose généralisée.	1.05 p. 100 —	0.90 p. 100
Méningite et tuberculose cérébrale.....	0.78 — —	0.30 —
Ganglions bronchiques.....	0.35 — —	0.30 —
Carreau et péritonite tuberculeuse.....	0.26 — —	 —

Cet exposé prouve bien qu'il ne faut pas confondre l'intervention opératoire qui consiste à enlever un nid de tubercules chez un malade d'ailleurs sain, avec celle qui se préoccupe d'exécuter une autre manœuvre sanglante chez un sujet déjà en puissance de tuberculose. C'est dans ce dernier cas que Verneuil a vu (1) la tuberculose pulmonaire prendre une

1. *Gazette des Hôpitaux*, n° 1, 1885

marche aiguë. On aurait tort malgré cela de croire que la tuberculose thoracique transforme le malade en un *noli me tangere*, puisque M. Richelot a, par une douzaine d'extirpations, de râclages, de grattages, poursuivi récemment chez un sujet alternativement atteint de tuberculose locale externe et de poussées pulmonaires, tous les foyers qu'il a pu enlever, au grand bénéfice du malade qui finalement a guéri (1).

Cet exemple montre en même temps que les partisans de l'extirpation ont augmenté en France dans ces dernières années. Nous citerons ou répéterons les noms de MM. Bouilly, Poulet, Trélat. On pose, il est vrai, des règles de prudence basées sur la tendance possible à la guérison spontanée (voir la thèse de Coudray, Paris, 1884, et Trélat, *Gazette des hôpitaux*, nos 4 et 7, 1884); on recommande de ne pas s'embarquer dans un délabrement trop étendu. Mais celui qui sait lire entre les lignes et pressentir le mouvement provoqué par le nombre infini des expériences internationales et interprofessionnelles dont a resplendi le congrès de la tuberculose, ne connaît pas d'autre salut pour le patient que dans l'arrachement méthodique et complet d'un paquet ganglionnaire infectieux. Les ultimes renseignements puisés dans Max Scheyer (2), H. Chrétien (3), Grimfeld (4), Schnell (5), J.-W. Chambers (6), Wiskemann (7), Treves (8), viennent à l'appui de pareilles manières de voir.

1. Premier congrès de la tuberculose. Opération et récidives successives chez un malade tuberculeux. *Progrès médical*, p. 94.

2. *Zur Statistik der Operationen*, etc., Thèse de Breslau.

3. *Gazette hebdomadaire*, 1886.

4. *Ueber Erfolge von Extirpationen tuberculöser Lymphome*, Thèse de Bonn, 1885.

5. Erfahrung über die Extirpationen tuberculöser Halslymphodrüsen (*Zeitsch. f. Heilk.*), t. VIII, p. 191.

6. Surgical treatment of tuberculous disease of the glands of the Neck. *Transactions of the Faculty of the Maryland*, p. 89, 1886.

7. Die verschiedenen Wege des infectionen Genese des Recidivs nach der Operation tuberculöserkrankter Drüsen, *Archiv. f. klin. Chirurgie*, t. XXX, p. 341.

8. Treatment by excision of masses of scrofulous glands. *The Lancet*, 21 juillet 1888, p. 105.

Poursuivre les récidives, enlever tout le tissu tuberculeux aux ciseaux, à la curette, au bistouri, pour enregistrer dans les cas les plus défavorables, plus de cinquante pour cent de résultats immédiats sur un total certain de 162 malades suivis, tel est en bloc l'esprit de ces sept mémoires, que nous n'avons pas la place pour analyser, et qui traduisent une mortalité presque nulle.

Si nous nous renfermons dans les observations que nous avons réunies en faisceau dans le précédent chapitre, nous voyons que de tous les malades opérés dans l'espèce, un seul sur vingt-sept, est mort consécutivement à la phtisie pulmonaire (*Obs. II*). Remarquons qu'il toussait déjà lorsqu'il est entré à l'hôpital, que ses poumons étaient déjà malades, et probablement à un degré tel que la chirurgie n'exécutait plus une opération préventive, préservatrice en le débarrassant des foyers extérieurs. Il eût fallu qu'elle pût intervenir dans le poumon.

Il est évident que lorsqu'un individu présente des symptômes accusés de phtisie pulmonaire, on ne saurait compter sur une guérison générale. On peut, comme dans le cas de M. Richelot, arriver à enrayer le processus tuberculeux pendant un certain temps. Au contraire les autres malades porteurs de ganglions tuberculeux, chez lesquels les poumons étaient indemnes ou à peu près (*Obs. XI par ex.*) se sont trouvés guéris par l'opération, sans accidents tuberculeux consécutifs. Nous en connaissons aujourd'hui les raisons par le menu. Nos vieux maîtres avaient fait empiriquement avant nous cette remarque. C'est ainsi que Velpeau, dans ses leçons cliniques, dit que l'ablation des masses ganglionnaires tuberculeuses du cou est assez rarement suivie d'accidents sérieux, notamment du côté des poumons. Gosselin ajoute qu'il n'a pu avoir la preuve convaincante d'une terminaison par phtisie

proprement dite, de toutes les adénopathies de cette nature qu'il a enlevées. Voilà l'expression de la vérité clinique dont la réciproque ne saurait être cherchée dans les assertions de ceux des auteurs qui proclament la guérison spontanée possible des ganglions tuberculeux. De même que dans l'immense majorité des cas, tout opéré de ganglions tuberculeux guérira, et restera guéri, de même tout porteur de ganglions tuberculeux non opéré sera en proie aux accidents locaux progressifs et envahissants dont nous avons déjà précisé l'origine. Le ganglion c'est le lit, l'aliment du bacille; à mesure que celui-ci y vit, y prolifère, il subit fatalement toute une série de phénomènes qui en augmentent le volume; et ce volume a constamment des tendances à s'accroître. Les cellules de la glande grandissent, se multiplient, et augmentent ainsi le volume promitif du ganglion. Sous l'influence du processus, les ganglions d'une même région se prennent, confluent, se rapprochent, et constituent des masses parfois très volumineuses. Au début ils sont encore petits, peu nombreux, et peu saillants; puis ils grandissent, et donnent des chaînes de ganglions profonds. Souvent, comme si l'on avait poussé une injection irritante et solidifiante à travers leurs réseaux, on trouve de vrais chapelets autour des vaisseaux du cou, surtout de la carotide et de la jugulaire interne, tout un filet plesiciforme sillonnant l'espace compris entre le cou et la colonne vertébrale, entre le cou et la trachée, comblant le creux sus-claviculaire, et gagnant même le médiastin. Aussi voit-on parfois survenir des accidents dus à la compression des organes (cyanose, suffocations, bronchite, troubles nerveux, etc.). C'est ce qui eut lieu dans l'observation XII, l'intervention de M. Poulet ayant été motivée par la gêne respiratoire; et dans l'observation XIX. Il va de soi qu'une telle opération n'a pas autant de chances à son actif. Com-

ment espérer débarrasser de ces milliers de canalicules infestés de microbes, et se prolongeant jusqu'aux sources de la vie, un sujet en même temps cachectique du fait de la compression ? Et cependant les faits répondent victorieusement. C'est que l'expansion et la rapidité de progression ne sont pas toujours en rapport avec l'infection, la pullulation des germes. Un bel exemple de compression nous est également fourni par le professeur Lannelongue ; nous ne pouvons résister au désir de le résumer. C'était chez une femme de cinquante-huit ans, malade depuis quatre mois. Gonflement considérable du côté gauche du cou, commençant sous l'oreille, et s'étendant jusqu'à la clavicule. Ce sont des ganglions hypertrophiés et durs. Le larynx est rejeté à droite de un centimètre. Le mal progresse, la dyspnée s'accroît, le larynx s'écarte de trois centimètres ; cornage, respiration des plus difficiles, asphyxie imminente. Opération, ablation de douze ganglions. Le larynx reprit sa place, la dyspnée fut moindre. La malade succomba trois jours après à une hémorragie de la jugulaire. A l'autopsie on trouve une compression des pneumogastriques et récurrent gauche.

Néanmoins ces tumeurs ganglionnaires ont en général une marche souvent très lente, comme chez le malade qui fait le sujet de l'observation I, dont l'engorgement ganglionnaire a progressé pendant dix ans. D'habitude elles mettent moins longtemps ; nos observations nous montrent que la moyenne est de six mois au moment de l'opération.

Elles surviennent surtout pendant l'adolescence chez des individus qui sont notoirement scrofuleux, ou qui ont des tendances à cette diathèse. Souvent il suffit d'une cause insignifiante pour les voir se développer. Le malade de l'observation IV, qui depuis deux ans portait une petite tumeur, la vit tout-à-coup se développer à la suite d'un refroidissement. Le

malade de l'observation XI, après des alternatives de gonflement et de rémission, voit apparaître au bout de trois ans une tumeur qui grossit rapidement sous l'influence de la fatigue que lui imposait son métier de commissionnaire à la campagne. Il n'avait aucune autre localisation tuberculeuse.

Les jeunes militaires y sont prédisposés (*Obs. II, III, IV, V*), par suite du changement de milieu et de nourriture, par les fatigues. Le col de la tunique contribuerait beaucoup à leur développement. (POULET, *loc. cit.*)

Le siège des adénites tuberculeuses est varié ; toutefois elles se localisent de préférence à la partie latérale du cou. Les plus fréquentes sont les adénites sous-maxillaires ; après elles, viennent les adénites carotidiennes, mastoïdiennes ; enfin, les ganglions parotidiens et sous-mentonniers sont aussi visités par le bacille de Koch. — Les ganglions sous-maxillaires occupent la partie moyenne du cou, sous le maxillaire ; ils couvrent le sterno-mastoïdien, ou, sous-jacents à lui, le soulèvent ; enfin ils le bordent, et peuvent en même temps s'enfoncer dans la profondeur. Il n'est pas rare de voir en même temps les ganglions situés le long des carotides se tuberculiser. Les ganglions mastoïdiens sont logés dans l'angle formé par l'apophyse mastoïde et l'appareil auditif externe, la branche montante du maxillaire, et le sterno-mastoïdien.

Quoi qu'il en soit de ces limites bonnes à retenir au point de vue de la méthode à suivre dans l'examen, il est bien souvent difficile de tracer le domaine exact de ces tumeurs, et on croit ne trouver ici que quelques ganglions plus ou moins profonds, tandis qu'on est obligé à une dissection longue et minutieuse. Dans l'observation XI, le chirurgien a trouvé trois couches superposées, et a dû disséquer la carotide. Dans l'observation XIV, M. Chrétien a disséqué la jugulaire sur une hauteur de six centimètres ; en bas il fallut aller jusque dans

la fosse sous-claviculaire. Le docteur Poulet (*Obs. XII*) fut amené à dénuder les troncs artériels et veineux ; il eut une hémorragie consécutive. Enfin, M. Treves dut procéder aussi à une longue dénudation vasculo-nerveuse, sur toute la hauteur du cou (*Obs. XVII et XVIII*).

Ces faits montrent que l'extirpation n'est pas toujours aussi facile que dans l'exemple de Velpeau (*Obs. VI et VII*), ou de Roux (*Obs. VIII*). Et malgré cela nous voyons que le succès est la règle ; les malades, dont quelques-uns ont réclamé l'opération, ont parfaitement guéri, deux exceptés. Deux sur vingt-deux ; deux, c'est là une proportion de mortalité bien inférieure à celle des divers autres traitements. Et cependant presque tous les patients avaient suivi bien inutilement les traitements internes et externes dont nous avons parlé. Ce n'est que lorsqu'on s'est aperçu que ces derniers n'agissaient pas, que l'on a eu recours à l'extirpation. Tel est sans aucun doute, le motif des empiètements ganglionnaires qui comblaient des régions entières d'un même côté, et quelquefois des deux côtés. Sous la main des chirurgiens qui l'ont pratiquée, l'extirpation a donné une prompte guérison d'une affection locale qui, loin de guérir spontanément, eût entraîné des désordres généraux graves. Bien plus, nous obtenons pour moyenne de la cicatrisation de la plaie, un chiffre de dix jours, alors que les divers traitements suivis en permanence des éternités durant n'avaient pu tout au plus que diminuer la grosseur de la tumeur. Et encore fallut-il faire intervenir, pour obtenir cette diminution, une intervention quasi chirurgicale, telle que celle de l'électrolyse, des injections interstitielles, qui expose le patient à bien des inconvénients, énumérés en leur lieu, sans leur offrir la guérison sûre. Telles sont également les conclusions qui découlent des statistiques de Cazin

et des Allemands, et qui sont en faveur de l'extirpation de l'adénite tuberculeuse.

Malheureusement, si l'extirpation a des avantages réels sur les autres modes de traitement, elle n'est pourtant pas parfaite; elle n'amène pas toujours une guérison radicale. Quelquefois, même lorsqu'elle n'a donné lieu à aucun accident, cette opération reste incomplète. Soit que l'influence de la diathèse tuberculeuse se fasse de nouveau sentir au bout d'un certain temps, soit qu'on n'ait pas enlevé tout d'abord tous les ganglions malades, on voit se reformer chez un individu, que l'on croyait guéri, une nouvelle tumeur ganglionnaire dans la même région ou dans une région voisine. Il y a récurrence. Aussi ne saurions-nous partager l'avis de Velpeau, qui disait que l'on peut laisser quelques ganglions dans la plaie, sans compromettre le succès de l'opération.

Dans le travail de Riedel, on trouve six récurrences sur cinquante-sept opérations; pour Fischer, il y en a vingt-deux sur quatre-vingt-quinze cas; et Kocher, dix-neuf sur quarante cas. — Cazin a eu, sur sa série d'extirpations, onze cas de récurrences, et une qui, opérée, a amené la guérison complète. — Dans les observations que nous avons réunies, nous trouvons deux récurrences. — Mais nous ne saurions nous appuyer sur le rapport un peu artificiel dans un travail comme le nôtre pour arguer d'une guérison constante sans jamais de récurrences. Ce que nous avons le droit de proclamer en faisant appel à nos lectures et aux opinions de nos savants maîtres, et notamment aux récents mémoires dont nous avons consigné les résultats plus haut, c'est que, relativement au nombre d'opérations, ces cas de récurrence sont assez rares et qu'ils tiennent le plus souvent à une opération incomplète, parce que l'on a tardé à opérer, et que la lésion était profonde et étendue. En effet il arrive parfois, comme dans les observations XIV, XVIII et

XXII que le chirurgien soit obligé d'aller chercher les ganglions jusque dans le triangle sous-claviculaire et le médiastin. Ne pouvant arriver jusqu'à ce dernier endroit, il est obligé d'arrêter l'opération. C'est généralement dans de telles conditions qu'il y a récurrence, parce qu'on n'a pu enlever tous les ganglions. Une autre cause de récurrence, c'est que le bacille tuberculeux, au moment de l'opération, s'était déjà fauflé plus loin. On enlève tel foyer tuberculeux pour en laisser un autre qui ne l'est encore qu'à l'état latent, et qui tôt ou tard se développe, sans qu'il y ait de la faute de l'opérateur. La récurrence peut encore être le fait d'une inégalité dans le développement de divers ganglions; pendant qu'on extirpait les ganglions superficiels en état d'induration indéniable, on ne voyait pas le ramollissement des ganglions profonds, qui n'ont pas tardé à suppurer. Enfin le mode d'extirpation peut lui-même effriter des germes tuberculeux au sein de la plaie; c'est là ce qu'on appelle l'auto-inoculation opératoire. Or, une franche et méthodique extirpation risque moins cette dissémination, que l'ensemble des procédés que nous avons exposés en tête. Le thermocautère lui-même nous paraît moins sûr que le bistouri; car on ne se rend pas bien compte de ce qu'on laisse dans une région où le feu ne saurait détruire le terrain tout entier.

Quand on enlève le segment inférieur du rectum affecté de cancer, on détruit tout; on fait un vaste trou. On ne peut agir ainsi dans la région cervicale; et du moment où vous avez obtenu une eschare ignée, vous ne voyez pas exactement les limites du mal, et vous ignorez par suite si dans votre incomplète destruction, vous n'émiettez pas une semence tuberculeuse inaperçue et épargnée malgré vous.

En somme, nous pouvons dire que si l'extirpation des ganglions tuberculeux non suppurés ne donne pas toujours une guérison radicale, elle la procure neuf fois sur dix, en pre-

nant la moyenne de nos observations et de celles du D^r Cazin.

Nous avons dit que l'extirpation ne peut être une opération parfaite ; car comme toutes les opérations, elle expose le malade à des accidents, et le chirurgien a des difficultés à vaincre, souvent opiniâtres, malgré son habileté et sa prudence. La moindre n'est pas l'obligation où il se trouve de ménager la région où il opère, afin de ne pas léser les organes qu'elle contient. A côté des hémorragies, en général légères, communes à toutes les opérations, et que l'on arrête en liant ou en tordant les veinules ou artérioles qui donnent du sang, il est des dangers de ce genre, bien plus grands qui relèvent de l'étendue de la tumeur, de la profondeur des ganglions, du manchon irrégulier qu'ils forment autour des gros vaisseaux, des adhérences infinies contractées par le tissu périadénique avec les paquets vasculo-nerveux du cou. Il peut alors arriver que le bistouri, lésant la paroi d'un gros vaisseau, amène ainsi une hémorragie redoutable. Cette hémorragie peut se produire sur-le-champ, mais le fait est rare, parce que le chirurgien, lorsqu'il dissèque la gaine celluleuse de la carotide par exemple, le fait avec précaution et sans toucher la paroi de l'artère. L'hémorragie secondaire se voit plus ordinairement. Dans l'observation XII du D^r Poulet, nous voyons survenir une hémorragie vers le quinzième jour. — Comment peut-elle se produire ? — Peut-être l'opérateur a-t-il, en dénudant la carotide, tirailé et contusionné légèrement l'artère, pas assez pour en ouvrir la paroi, mais assez pour que cette paroi se rompe plus tard sous l'influence d'un effort quelconque. Cette explication nous paraît la plus probable. Les phénomènes inflammatoires consécutifs au traumatisme opératoire dans la région opérée ont-ils provoqué une phlébite suppurée capable à elle seule d'enlever le malade ? D'un autre côté, l'artère carotide, se trouvant dans un foyer de suppuration,

peut s'ulcérer aussi, et donner alors une hémorragie terrible. C'est ce qui est arrivé au malade du Dr Poulet.

Un autre accident qui peut survenir à la suite de l'ablation ganglionnaire, c'est l'ouverture de la jugulaire et l'entrée de l'air dans le système veineux. Roux, en 1842, perdit un malade de cette façon.

A la région cervicale se trouvent des nerfs qu'il ne serait pas bon de toucher, si l'on ne veut avoir des accidents graves, des suffocations ou paralysies locales.

Mais en somme, ces accidents, propres à toutes les tumeurs étendues de la région cervicale, arrivent rarement ; ils sont l'exception. Nous voyons un seul cas d'hémorragie chez le Dr Poulet, qui cependant pratiqua l'ablation onze fois. Le Dr Cazin sur ses cent deux opérations, eut une fois une hémorragie de la carotide, et une autre fois une phlébite de la jugulaire interne. Roux perdit un malade par l'entrée de l'air dans la jugulaire. Ce sont là des cas malheureux, qui ne doivent pas cependant faire rejeter une opération qui, en revanche, a donné d'excellents et nombreux résultats. Puis les récidives sont en petit nombre, et, quand elles se montrent, elles se montrent longtemps après l'opération, et peuvent de nouveau être traitées de même façon.

Quant aux pullulations de la plaie même, aux auto-infections opératoires, les pansements iodoformés y pourvoient. De sorte que la mortalité causée par l'extirpation des adénites tuberculeuses se traduit dans notre série par quatre exemples sur vingt-deux observations. Partout depuis quelques années, nous saisissons la trace courante d'un même mode d'intervention en pareil cas ; et si nous en croyons certains avis, il est, dans la plupart des services de Paris, passé à l'état de méthode de débarrasser en tous les cas complètement la région cervicale.

II

En résumé nous pouvons dire que ni le traitement médical, ni l'électricité, ni l'injection interstitielle ne donnent des résultats certains. Où ils peuvent réussir, c'est dans le cas de ganglion petit et dur ; et encore le plus souvent sont-ils insuffisants, comme nous le voyons dans nos observations. L'observation XXV nous montre même que les injections interstitielles ne sont pas sans danger. On est alors obligé d'avoir recours à l'extirpation, et il ne faut pas attendre pour cela que la tumeur soit devenue volumineuse, se soit mamelonnée, comme nous l'avons dit plus haut ; c'est-à-dire qu'il faut avoir recours le plus tôt possible à l'opération. Par contre nous voyons que l'extirpation amène toujours la guérison de ganglions non suppurés. Comme toute opération, elle a ses inconvénients, mais elle a l'avantage de procurer une guérison rapide, de laisser peu ou pas de traces.

Les principales objections à l'intervention sanglante sont les suivantes :

1. L'opération donne un coup de fouet à la tuberculose.
2. Les indications n'en sont pas suffisamment tranchées.
3. La technique n'en est pas encore établie.
4. C'est une opération difficile, dangereuse, qui n'élimine pas les récidives.

A la première argumentation nous avons déjà répondu qu'il ne fallait pas confondre une opération effectuée chez un tuberculeux avec une opération dirigée contre une tuberculose dont tout semble indiquer la localisation originaire exclusive dans le ganglion qui est le sujet de l'opération, et que, lors même, qu'en pareil cas, le poumon est pris, les résultats sont favora-

bles (*Obs. XXVI*), quelquefois inattendus, inexplicables. Mais il est certain que, comme nous l'avons déjà fait ressortir, l'état général du malade, sa force de résistance, doivent nous guider. MM. Poulet et Bousquet insistent sur ces principes, et sur l'opération si puissamment aidée par la méthode antiseptique (1).

Les indications, nous nous permettrons de les énoncer en ces termes.

A. — Chez un individu dont les poumons sont indemnes, la consistance, la fermeté, la mobilité, l'indolence, de tumeurs dépourvues d'adhérences, militent en faveur d'une ablation complète, quel qu'en soit le volume. Peu volumineuses, elles doivent être enlevées parce que l'on prévient ainsi l'évolution que nous avons décrite. Volumineuses, elles vont sous peu comprimer, ou ont déjà déterminé des accidents qu'il ne faut pas laisser se renouveler : sans doute elles exigent une laborieuse opération, mais les méthodes de la chirurgie actuelle viennent à bout de mille obstacles. Existe-t-il des adhérences sans que l'adénopathie soit diffuse, on est encore autorisé pour les mêmes motifs à agir à l'aide du bistouri.

B. — C'est un phtisique qui est le terrain de l'adénopathie tuberculeuse cervicale. La contre-indication est en rapport avec l'état des lésions pulmonaires et celui des forces. Le cas de M. Richelot est au contraire plein d'enseignements, ainsi que celui de l'observation XXVI.

Il va de soi qu'en tout état de cause il convient d'opérer le plus promptement possible.

La technique ? Mais elle s'inspire d'une complète et méthodique ablation, seul gage d'une radicale et efficace intervention, soit avec l'instrument tranchant, soit au moyen d'instruments mousses ; on arrive dans l'immense majorité des cas

(1) *Traité de Pathologie externe*, 1885, p. 679, A II.

à se rendre maître pied à pied et systématiquement de tous les tissus malades. Nous y reviendrons dans un instant.

Evidemment c'est une opération difficile, mais bien conduite, exécutée avec un large débridement afin qu'on y voie clair, dans un milieu antiseptique, au moyen d'instruments aseptiques et de pinces hémostatiques, elle réussira alors que bien réglée elle ira extirper le foyer tuberculeux le plus près possible du début de l'adénopathie. Plus on opérera, plus on règlera rigoureusement l'ablation et moins dans la suite elle deviendra pénible. C'est l'histoire de quantité d'interventions chirurgicales qui sont aujourd'hui la gloire de la clinique. C'est aussi l'avis de Wolkmann (1) quand il pose en principe que les récidives tuberculeuses chez les opérés tiennent non à un vice constitutionnel, mais à une opération imparfaite, l'ablation étant suivant le procédé radical, propre à extirper jusqu'aux moindres parcelles de capsules ganglionnaires.

On cherchera de même que dans les ablations du sein, la réunion par première intention en organisant ses sutures (aux fils d'argent ou de Florence) et son drainage suivant les mêmes errements. Le pansement à l'iodoforme est particulièrement désigné, de même que les lavages par l'intermédiaire du drain.

Parallèlement le malade sera soumis à un traitement général reconstituant ainsi qu'aux modificateurs hygiéniques appropriés aux indications présentes.

Aussi le plus ordinairement en une quinzaine de jours tout s'est cicatrisé à peu près sans fièvre.

C'est ce dont témoigne la presque unanimité des observations de ce genre. Et, chose qui mérite d'être relevée, les cicatrices, minimes, finissent par rapidement s'effacer.

1. *Quatorzième congrès de clinique allemande*, 8 et 11 avril 1885.

III

Manuel opératoire

Nous ne saurions donc apporter trop de soin à l'exposé du manuel opératoire.

Toutes les questions d'anesthésie générale et locale, d'asepsie préalable des régions, et surtout des instruments, étant résolues, on se disposera exactement comme pour l'une des opérations chirurgicales courantes. On se guidera sur le volume et l'étendue de la masse. Lorsque la tumeur est peu ancienne et peu volumineuse, une seule incision longitudinale suffit. Après avoir fixé la tumeur, en tendant la peau, on fait donc une incision dans le sens de son plus grand diamètre; on divise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle, et on arrive sur l'enveloppe celluleuse du ganglion. On ouvre cette dernière, et saisissant le ganglion avec une pince, on le dissèque, on le sépare de son enveloppe, et des adhérences, lentement, minutieusement; surtout on n'avancera pas sans tâter de temps à autre avec le doigt, ni sans décoller avec le manche du bistouri par exemple tout ce qui peut être ainsi obtenu. On lie le pédicule pour le sectionner, ou comme Baudens, on le tord avec une érigne double jusqu'à sa rupture. Puis on extirpe à son tour la paroi du ganglion, en la séparant des adhérences qu'elle a pu contracter. L'ouverture doit être largement faite, de façon à pouvoir écarter facilement les lèvres de la plaie, et disséquer

même profondément. L'incision linéaire doit être transversale et parallèle à la branche du maxillaire pour les ganglions sous-maxillaires, oblique de haut en bas et de dehors en dedans pour les ganglions carotidiens et mastoïdiens. En général elle suffit même si les ganglions sont sous-musculaires; dans ce cas un aide est chargé de tenir le muscle écarté sur l'un des côtés de la plaie, ou de le soulever.

Tel est le cas le plus simple de l'opération. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Comme nous l'avons déjà dit, on croit avoir affaire à un ou deux ganglions bien limités, et ceux-ci enlevés, on se trouve amené à poursuivre l'opération plus loin et plus profondément. Il y a un véritable chapelet de ganglions dont on ignorait la présence; il faut cependant les enlever, et c'est alors que le chirurgien a besoin de toute sa prudence et de son habileté. La tumeur est souvent volumineuse, mamelonnée; on sent à la palpation plusieurs grosseurs. Dans ce cas l'incision longitudinale ne suffit plus. On suivra alors la pratique de Velpeau qui conseille l'incision en T et en V. Si l'on trouve à la région mastoïdienne une tumeur de chaque côté du muscle sterno-mastoïdien, il est préférable de faire deux incisions longitudinales. Coste, de Marseille, emploie (*obs. XI*), l'incision elliptique, qui ne laisse pas de plus grande cicatrice que l'incision linéaire.

Quoi qu'il en soit, dans ces cas de ganglions profonds et qui se prolongent quelquefois loin, l'opération devient longue et pénible; souvent on est obligé d'abandonner dans la plaie quelques ganglions qu'on ne saurait atteindre sans danger pour le malade (*Obs. XXIII*). Fatalement alors il y a récurrence qui, opérée à son tour, amène la guérison radicale (*même obs.*). Mais ces cas sont rares. Ce qui arrive plus fréquemment, c'est, après avoir extirpé un ou plusieurs ganglions plus ou moins profonds, de tomber sur un ganglion en état de suppuration.

Le bistouri devient ici inutile, et c'est à la curette qu'il faut avoir recours pour râcler cette bouillie. — Mais que l'on ait affaire à des ganglions superficiels, profondément situés ou suppurés, il faut éviter, par-dessus tout, d'effriter la tumeur, de crever le caséum et de semer ainsi dans la plaie des germes qui reproduiraient la même affection tuberculeuse.

Il est indéniable que les ganglions profonds, par les adhérences contractées, entraînent l'opérateur à des ligatures artérielles et veineuses de premier ordre, et qu'il serait préférable d'exécuter primitivement ces opérations avant d'extraire le pédicule de la portion de la masse qui peut faire craindre une ulcération vasculaire, une boutonnière veineuse, une perforation trachéenne. — M. Delorme, notamment, fait ressortir que dans la région carotidienne, l'extirpation de la chaîne lymphatique et ganglionnaire qui forme un manchon aux vaisseaux, déchire des artères nourricières qui, directement issues de l'artère carotide, sont courtes et difficiles à voir. On ne doit inciser la gaine celluleuse des gros vaisseaux qu'en dédolant ; de même pour détacher le ganglion des adhérences qu'il a contractées avec les organes voisins, on lie les petits vaisseaux qui donnent du sang et on se tient prêt à lier les gros vaisseaux à l'occasion.

Lorsque tous les ganglions tuberculeux sont enlevés, on lave la plaie avec une solution d'acide phénique ou borique ; on met quelques points de suture et un pansement phéniqué ou indoformé que l'on renouvelle deux fois par jour. La plaie se ferme au bout de peu de temps, douze à quinze jours en moyenne ; il y a peu ou pas de fièvre. C'est ce dont témoigne la presque unanimité des observations de ce genre. Et chose qui mérite d'être relevée, les cicatrices minimales finissent par s'effacer rapidement.

CHAPITRE V

Observations

Il ne saurait entrer dans le plan de notre travail de dépouiller totalement les mémoires français et étrangers qui fourmillent d'observations d'extirpations de tumeurs ganglionnaires tuberculeuses. Ceux des mémoires allemands que nous citons dans la quatrième partie sont riches en analyses cliniques qui affectent la forme statistique et dogmatique. Il en est de même des mémoires anglais. A ceux-ci nous empruntons des faits qui viennent grossir les nôtres, sans d'ailleurs y rien ajouter.

Observation I. — D^r LARREY (*Clinique chirurgicale*, t. II)

Nicolas Moret, âgé de 40 ans, agriculteur, constitution assez robuste, mais idiosyncrasie scrofuleuse, présentait au côté gauche du cou une tumeur lobulée, peu mobile, indolente, sans changement de couleur à la peau, s'étendant de la région mastoïdienne, le long de la mâchoire, en remplissant toute la gouttière profonde du cou jusqu'au larynx ; elle faisait au-devant de l'os malaire une saillie du volume des deux poings. Elle grossissait depuis dix ans. — Après avoir inutilement subi plu-

sieurs traitements, il se rendit à Paris, chez Larrey père, qui décida de faire l'opération sur-le-champ. — Incision parallèle à la mâchoire ; trois autres la coupent à angle droit, la première sur le bord antérieur du sterno-mastoidien, la seconde passant par le centre de la tumeur, la troisième suivant la ligne médiane du pharynx. On enleva plusieurs glandes, dont l'une, de forme ovale, grosse comme une amande, était logée dans la gaine celluleuse de la carotide primitive. On comprima l'artère, tout en se tenant prêt à la lier en cas d'accident, incision de la gaine celluleuse et ablation de la glande. Pas d'accident. Lavage de la plaie ; sutures, excepté à la partie inférieure. — Dans la nuit du troisième ou quatrième jour, léger mouvement de fièvre traumatique. Le neuvième jour, les sutures tombent, réunion médiate ; le trentième jour, l'orifice par lequel passait le pus, est fermé ; et le malade part guéri, sans récidive, le quarantième jour après l'opération.

Observation II. — Mémoire sur les tumeurs ganglionnaires de la région cervicale (*Clin. chirurg. de Hôp. mil.*, BÉGIN.) MALLE, *Arch. médicales de Strasbourg*, 1886, t. II, p. 365.

Un soldat du 49^e de ligne, entré à l'hôpital militaire de Strasbourg dans le courant du mois de juin 1834, portait vers la région moyenne et inférieure du cou, une tumeur formée par l'engorgement de plusieurs ganglions cervicaux. Ce sujet, d'ailleurs d'une constitution délicate et toussant un peu, fut soumis dès son arrivée à un régime approprié ; il comptait sur une guérison prochaine. Déçu dans ses espérances, il réclama avec insistance l'opération. L'opération fut faite d'après les règles : le cinquième jour un mouvement fébrile apparut en même temps que de la congestion pulmonaire. La plaie cependant acheva de se cicatriser complètement. — Deux mois après, il mourait de phtisie pulmonaire.

Observation III. (Même auteur.)

B..., chasseur au 19^e régiment d'infanterie légère, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 2 septembre 1835, pour y être traité d'un engorgement sous-maxillaire. Il dit qu'il y a six mois, il avait été atteint d'une irritation vive de la bouche, accompagnée d'aphtes nombreux. Presque au même moment avait apparu une petite tumeur à la région où existait l'engorge

ment. Traitée convenablement, l'inflammation avait disparu, mais l'engorgement avait persisté, sans provoquer aucune douleur. Il avait continué son service ; mais une nouvelle irritation de la bouche, des gencives surtout étant survenue, la tumeur, jusque-là stationnaire, avait augmenté de volume, et depuis n'avait cessé de croître, quoique lentement. — Il entra alors à l'hôpital.

A son arrivée, la tumeur avait le volume d'un petit œuf de pigeon, elle occupait l'espace sous-maxillaire, sans changement de couleur à la peau ; elle paraissait adhérer intimement aux parties avoisinantes. Des sangsues, cataplasmes, frictions émétiées, et la compression n'ayant rien produit, on fit l'extirpation le 10 octobre. — Incision parallèle au bord hyoïdien de la mâchoire inférieure ; la tumeur mise à nu fut saisie par une pince de Museux, les adhérences coupées profondément, et la tumeur enlevée. — Pansement et cicatrisation, un peu longue toutefois, de la plaie.

Observation IV. (Même auteur.)

F..., soldat au 49^e régiment d'infanterie, âgé de 23 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg le 3 mars 1834. Ce malade portait à la région moyenne et latérale du cou une tumeur, du volume d'un gros œuf de pigeon, très mobile, sans changement de couleur à la peau, et indolore à la pression. — Il dit qu'il y a deux ans, à la suite d'une éruption pustuleuse, survenue au front, à la face et aux oreilles, il avait vu se développer à cet endroit une petite tumeur qui ne disparut pas complètement avec la guérison de l'éruption. Il y a deux mois, après avoir passé une partie de la nuit exposé à un froid vif, la tumeur devint douloureuse, et en trois jours augmenta du double. Il entra à l'hôpital. — Là, les sangsues, les frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse, et la compression ayant échoué, le malade demanda l'extirpation de la tumeur, qui fut pratiquée le 21 avril.

Incision faite suivant le grand diamètre de la tumeur, énucléation facile. — Réunion par première intention ; cicatrisation complète le dixième jour.

Observation V. (Même auteur.)

H..., soldat au 16^e léger, d'un tempérament lymphatique, âgé de 25 ans, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 12 juin 1834, pour un

engorgement situé au-devant du muscle sterno-mastoïdien, dans la région sous-parotidienne droite. Cette tumeur paraissait fixée dans les parties profondes, à la partie postérieure du sterno-mastoïdien. Soumis aux émissions sanguines, aux frictions résolutives, etc., le malade n'éprouve aucun soulagement. On proposa l'opération. — Incision pratiquée longitudinalement à la partie antérieure du sterno-mastoïdien; section des adhérences. A ce moment la tumeur se vida tout à coup; on disséqua le kyste, mais péniblement. — Dans l'angle antérieur de la plaie le doigt rencontra alors un second ganglion tuméfié, ce qui amena une seconde incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien; extirpation complète de la tumeur. — Pansement et cicatrisation de la plaie postérieure le dixième jour; l'antérieure ne se ferma que le vingt-neuvième jour.

Observation VI. — VELPEAU, *Traité de médecine opératoire*, t. III, p. 71.

Jeune fille, âgée de 10 ans; tumeur de la grosseur d'une grosse noix, sous le menton. — Incision qui, étendue de la symphyse de la mâchoire au niveau de l'os hyoïde, la tête renversée en arrière, permit d'accrocher, de disséquer et d'extirper complètement la tumeur avec facilité. La plaie réunie par première intention au moyen d'une bandelette de diachylon passée en forme de bride sous la mâchoire, se ferma complètement en moins de quinze jours.

Observation VII. (Même auteur.)

Un autre malade se présente avec une tumeur de nature scrofuleuse, de chaque côté de la ligne médiane de la mâchoire. Il fallut pratiquer ainsi deux incisions; l'opération réussit facilement; mais comme les tumeurs étaient en partie ramollies, et qu'elles laissèrent une caverne assez irrégulière, je crus devoir panser la plaie avec des boulettes de charpie, et la traiter par réunion secondaire; ce qui amena la cicatrisation.

Observation VIII. — ROUX, *Bulletin de l'Académie de médecine*, p. 587.

Jeune fille devant se marier; elle avait au côté droit du cou un chapelet de ganglions lymphatiques hypertrophiés, placé à l'angle de la mâchoire inférieure, et s'étendant au-dessus et au-dessous, et formant une

tumeur allongée. Elle était stationnaire depuis l'enfance de la jeune fille et dénotait une ancienne affection scrofuleuse ; c'était une difformité qui nuisait aux charmes de la demoiselle. On exigea pour le mariage que cette tumeur fût enlevée, et la jeune fille elle-même arriva à réclamer l'opération.

On fit une simple incision longitudinale des téguments ; extirpation complète de la tumeur. Réunion immédiate, quoique la plaie fût profonde, et cicatrice tout à fait linéaire.

Observation IX. — (Même auteur) 1841.

Jeune fille de 15 ou 16 ans, qui avait au milieu de la partie gauche du cou une cicatrice, probablement d'origine strumeuse, et néanmoins très mobile sur les parties qu'elle recouvrait. Elle avait la grandeur de l'ongle du pouce, mais plissée, gaufrée, habituellement rouge ou violacée ; réputée indélébile par plusieurs chirurgiens. — L'opération fut tentée, comme pour une grosse tumeur, et réussit. Il se forma une cicatrice linéaire, la difformité disparut. La jeune fille est actuellement mariée.

Observation X. — BAUDENS, *Gazette des hôpitaux*, 1849.

Demaisière, fusilier au 16^e léger, tempérament lymphatique. A au côté droit du cou une adénite sous-maxillaire. On emploie pendant quinze jours sans succès d'abord la saignée du bras, puis des frictions faites avec la pommade mercurielle camphrée. Alors on fait l'extirpation. Quatre jours après, il sortait guéri de l'hôpital.

Observation XI. — COSTE, chirurgien en chef de l'hôpital de Marseille, *Union médicale*, 1850, p. 390.

Molinas, âgé de 40 ans, tempérament lymphatique, homme de haute stature, ayant habituellement une bonne santé. — Après une légère indisposition, il fut atteint d'un gonflement des ganglions lymphatiques des deux côtés du cou. A droite, état stationnaire. A gauche, progression au-dessous de l'angle maxillaire ; on y applique des topiques émollients, des fondants de toute espèce, des vésicatoires. L'engorgement disparaît. Trois ans après, apparition à droite d'une tumeur, qui devient très volumineuse. — Le malade entre à l'hôpital. — On constate une tumeur, supposée tuberculeuse, volumineuse, dure, peu mobile, sans bosselures. (L'autopsie de la tumeur a montré les ganglions ramollis et remplis de matière tuberculeuse.)

L'état général est bon ; le malade n'a jamais toussé ; rien d'anormal du côté des poumons. La tumeur est comprise entre la branche maxillaire, en avant ; le sterno-cléïdo-mastoïdien, en arrière ; l'apophyse mastoïde, en haut. L'autre portion finit dans le sterno-mastoïdien.

Incision légèrement courbe. Ablation d'un premier groupe de ganglions superficiels. Incision du sterno-mastoïdien dans un interstice cellulaire de ses fibres, en boutonnière. Ablation d'un second groupe de ganglions, puis d'un troisième plus profond et rapproché de la carotide, formant une tumeur de la grosseur d'une noix. Traction en haut avec une érigne ; incision en dédolant avec le tranchant du bistouri. La tumeur s'énuclée pour ainsi dire d'elle-même du tissu cellulaire qui la retenait captive.

Lavage. Deux points de suture. Pas de réaction ; fièvre insignifiante. Pansement sec. Le dixième jour, les ligatures tombent.

Observation XII. — D^r POULET. (*Société de chirurgie*, 13 février 1884, p. 160.)

Un homme de 23 ans, atteint d'une adénite sous-maxillaire et carotidienne double, qui date de quelques mois, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, après l'essai infructueux des préparations iodées *intus* et *extra*. Il sort légèrement amélioré, après 12 injections interstitielles d'une solution phéniquée forte, mais rentre un mois plus tard, en juin 1883, son état s'étant aggravé.

L'extirpation des ganglions, indiquée par les progrès rapides de l'affection et la gêne respiratoire, est pratiquée le 22 juin 1883, non sans difficultés et après dénudation des troncs veineux et artériels recouverts par la tumeur. Pas de ligature ; lavage avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100 ; drain, suture, pansement de Lister. — L'inoculation à des cobayes montre qu'il s'agissait bien de masses tuberculeuses.

Le 29 juin, la fièvre augmente, la température monte à 39° ; l'incision se rouvre à la partie inférieure. Le 1^{er} juillet, la température atteint 40°8 ; 2 jours plus tard, issue d'un caillot rougeâtre long de 6 à 8 centimètres, et en partie suppuré. Phlébite suppurée. Sous l'influence des antiseptiques et des toniques, l'état s'améliore. Mais le 12 juillet, éclate une hémorragie artérielle formidable, qui nécessite la ligature des deux bouts de la carotide primitive dans la plaie. A peine arrêté, l'écoulement sanguin reparait aussi abondant. Il faut de nouveau placer deux liens, sur le bout central, et sur le bout périphérique du tronc carotidien. Hémiparésie incomplète. — Le 18 juillet, nouvelle hémorragie, ainsi que le

20 et le 21. Ligature des carotides interne et externe, et encore de la thyroïdienne supérieure. — Le malade, très affaibli, ne se relève pas ; la fièvre persiste ainsi que l'hémiplégie, et la mort arrive, le 28 juillet, 36 jours après l'extirpation, et 16 jours après la première hémorragie, par suite de septico-pyohémie.

Dès le jour de l'opération, 22 juin, la cicatrisation avait bien marché jusqu'au 29 juin ; à cette époque elle était presque complète.

Observation XIII. — Adénite cervicale droite. Extirpation, guérison. (POULET, *in Archives méd. milit.*, t. III, 1884, p. 413.)

J..., détenu au pénitencier de Bicêtre, entra au Val-de-Grâce le 22 sept. 1883. Ce malade avait cinq mois de service quand il parut devant le conseil de guerre. D'une robuste constitution il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une pustule maligne au front. Quinze jours après son entrée à Bicêtre, il s'apercevait de la présence de plusieurs ganglions à la partie moyenne du cou, en arrière du sterno-mastoïdien droit. Le développement en devint rapide, en quinze jours ils acquirent le volume d'une noix. Les tumeurs restèrent alors stationnaires pendant trois mois. C'est alors qu'il eut une fièvre typhoïde pour laquelle il fut soigné au Val-de-Grâce. Les ganglions ayant persisté, on dut les lui enlever. Le 30 octobre, on les lui extirpe ; on enlève quatre grosses noix ; la réunion a lieu par première intention, mais la cicatrice reste profonde. Le 26 novembre la guérison est complète, la cicatrice, linéaire, se voit peu. On avait affaire dans l'espèce à des ganglions tuberculeux et déjà caséux sur une assez grande étendue qui donnèrent des inoculations positives à des cobayes.

Observation XIV. — *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* du 5 janvier 1886. — De l'extirpation des grosses tumeurs ganglionnaires de nature strumeuse et non ulcérées, du cou. (Chrétien.)

Mlle M., 15 ans. Apparition il y a 6 mois, de tumeurs ganglionnaires sur le côté droit du cou ; elles n'ont cessé de s'accroître, malgré les traitements suivis.

État actuel : sterno-mastoïdien soulevé, sur toute la largeur de l'apophyse mastoïde à la clavicule. La tumeur s'engage sous celle-ci ; en dehors, elle déborde largement dans le triangle sous-claviculaire. — Opération le 20 mars 1885, avec l'aide de M. le docteur Spillmann, professeur agrégé. — Incision longeant tout le bord postérieur du sterno-

mastoïdien, coupée en haut par une incision oblique en bas et en avant. Dissection des ganglions qui, en avant et sur une hauteur de 6 centimètres adhèrent aux faces antérieure, externe et postérieure de la veine jugulaire ; celle-ci, ainsi dénudée et disséquée, est isolée sur toute cette hauteur sauf au niveau de sa partie interne, où elle est encore reliée à la carotide par quelques tractus cellulux. En bas, les ganglions s'étendant derrière la clavicule et au-dessous d'elle sont disséqués avec soin, vu leurs rapports immédiats avec les gros vaisseaux de la région, qu'on aperçoit au fond de cette partie de la plaie : à leur place reste un vaste cul de sac béant, à proximité duquel la peau n'est pas suturée. — Réaction fébrile le lendemain ; le surlendemain la fièvre disparaît. — Réunion par première intention dans la plus grande partie de la plaie. — Vers la partie moyenne du cou, suppuration pendant une dizaine de jours sur une surface restreinte. — En bas, le cul de sac profond existant derrière la clavicule a suppuré près d'un mois avant d'être comblé. Aucune récidive ne s'est produite jusqu'alors.

Observation XV (Même auteur).

M. F..., 24 ans. Masses ganglionnaires du cou datant de quatre ans, non modifiées par le traitement médical institué et continuant de s'accroître. A droite, une première masse occupe toute la région sus-hyoïdienne et s'étale en arrière sur la région mastoïdienne. Une seconde continue en haut avec la première, soulève le sterno-mastoïdien, en débord le bord postérieur et s'arrête en bas à deux travers de doigt de la clavicule. A gauche la tumeur, également volumineuse, siège à la partie moyenne du sterno-mastoïdien, le soulève, s'étend en arrière de lui, tandis qu'au devant de son bord antérieur, on ne sent que trois ou quatre gros ganglions. Opération le 12 mai 1883 avec l'aide de MM. Spillmann et Thiébaud. A droite on pratique une incision parallèle au bord inférieur du maxillaire qui permet l'ablation des ganglions sous-maxillaires et mastoïdiens. Une seconde incision partie de la précédente va, en longeant le bord postérieur du sterno-mastoïdien, mettre à nu la seconde masse ganglionnaire qui ne dépasse pas en dedans la veine jugulaire interne vue dès lors à nu. A gauche, incision parallèle au bord postérieur du sterno-mastoïdien, dissection des ganglions situés en arrière et au-dessous de ce muscle. Quant à ceux qui se sentent au devant du sterno-mastoïdien et des vaisseaux profonds du cou, afin d'éviter une nouvelle incision en avant de ce muscle, nous allons les chercher et les disséquer en passant entre la veine jugulaire et la carotide séparées l'une

de l'autre. Apyrexie complète. Réunion par première intention, sans incident. Aucune récurrence.

L'auteur donne les deux observations qui précèdent comme des types de grosses masses cervicales strumeuses opérées, extirpées précisément à cause de leur volume, et n'ayant pas récidivé.

Observation XVI. (By W. M. Knight Treves, *In The Lancet*, 1888.)

Elisabeth B., 33 ans, domestique. Malade depuis 2 ans, opérée le 2 décembre 1884. Une incision pratiquée le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien droit sur une étendue de 4 pouces met à nu un ganglion qui, après avoir été disséqué, est enlevé, on voit s'étendre au-dessous de l'apophyse mastoïde un autre ganglion que l'on incise et que l'on gratte. On suture la plaie à l'aide de fil d'argent. Pansement phéniqué. Guérison par première intention sans incident le 16 février 1885. Cicatrice sans importance.

Observation XVII. (*Ibid.*) — Ganglion cervical très étendu induré (du côté droit), mobile, sans fistules ni cicatrices. Datant de six mois.

Albert C..., âgé de 11 ans, anémique, dyspeptique albuminurique. On procède comme dans l'observation précédente à la dissection et à l'extirpation du ganglion en question, le 15 juin 1885. On est forcé de mettre la jugulaire interne à découvert sur une longueur de près de trois pouces. Pansement phéniqué. Récurrence le 22 septembre au-dessus de la clavicule. Nouvelle opération le 13 octobre. La masse extirpée la première fois pesait 9 onces. Guérison complète.

Observation XVIII. (*Ibid.*) — Ganglions cervicaux très développés occupant le côté droit du cou, très durs, mesurant une circonférence de 13 pouces. Durée de la maladie depuis deux ans.

Jeune garçon de 13 ans, anémique, mal à l'aise, apathique, insouciant, Trouble de la circulation faciale : teint bleuâtre. Comme les viscères sont intacts, on l'opère le 5 novembre. On découvre une première masse qui s'étend sous le sterno-mastoïdien droit d'une apophyse mastoïde à la clavicule, et qui recouvre immédiatement les vaisseaux du cou le long desquels elle se prolonge. Une seconde masse occupe le triangle cervical postérieur et rejoint également la clavicule derrière laquelle elle s'enfonce. — On pratique une double incision. L'une joint l'apophyse mas-

toïde à la clavicule. L'autre frise le bord supérieur de la moitié externe de ce dernier os. Il est nécessaire de mettre à nu les vaisseaux du cou sur toute leur longueur. Les deux masses pèsent ensemble plus de 15 onces ; la membrane développée était épaissie ; elles ne formaient par leur adhérence qu'un tout. Malgré un certain degré de suppuration (drain, ouate salicylée) le 18 décembre le patient était guéri et avait recouvré sa parfaite santé. Cicatrice avenante.

Observation XIX (*Ibid.*).

L'observation n° 7 de l'auteur auquel nous avons fait les emprunts précédents concerne une énorme tuméfaction occupant les deux côtés du cou et toute la loge sous-maxillaire droite. Troubles excessifs de la respiration et de la circulation ; anémie profonde. Difficultés opératoires très grandes et nécessité de morceler et de gratter en plusieurs séances. Opération les 19 août et 30 septembre. Le 4 janvier, la fillette de 13 ans dont il s'agit se trouve en parfait état.

Le mémoire duquel nous avons extrait ces notes, contient aussi neuf types de ganglions tuberculeux dans l'une quelconque des régions facio-cervicales, généralement volumineuses, adhérentes, profondément développées, et cependant ayant été toutes extirpées avec succès.

Observation XX (*Bouilly.*)

Cette observation est empruntée à une clinique publiée dans la *Gazette des hôpitaux*. 1884.)

Jeune homme 22 ans. — Hérité tuberculeuse. — Il porte au cou des adénites de cette nature qui après avoir débuté en juillet 1883 ont successivement envahi tous les ganglions de régions rétro-auriculaire, sterno-mastoïdienne, sous-maxillaire, sus-hyoïdienne, sus-claviculée. — Une saison à Salins n'a servi de rien. Il fallut ponctionner un ganglion qui avait été pris d'une poussée inflammatoire. Les organes avoisinants ont été à la suite de cette intervention affectés de tuberculose et le jeune homme a perdu ses couleurs. M. Bouilly pose le diagnostic de ganglions scrofuleux dont la nature tuberculeuse est aujourd'hui, suivant lui, indéniable à la suite des travaux de Colas, Klebs, Cohnheim, Martin. — Il discute l'opportunité opératoire. Sans espérer combattre l'adhérence elle-même, il y a lieu d'enlever tout foyer.

Après l'ablation, nettoyage prophylactique de la plaie à l'aide d'une solution de chlorure de zinc à 5 0/0.

La plaie est ensuite bourrée de gaze iodoformée.

Les observations qui suivent, toutes personnelles, sont tirées du service de M. le Professeur agrégé Vautrin.

Observation XXI.

Mlle X..., 18 ans. — Extirpation de cinq ganglions non ulcérés du cou. L'opération est exécutée avec assez de facilité, bien que le ganglion carotidien fût pris. Pansement antiseptique; pas de réaction fébrile. La malade sort de l'hôpital guérie au bout de quinze jours. Depuis, d'autres ganglions se sont présentés, et n'ont pas encore été extirpés.

Observation XXII.

M. B..., 26 ans. — Présente un énorme paquet ganglionnaire situé en avant des gaines vasculaires du cou. L'extirpation étant décidée, on enlève tous les ganglions malades. La plaie se ferme au bout de quelques jours. Aucune récurrence.

Observation XXIII.

Mlle A., 26 ans. Atteinte de ganglions tuberculeux du cou. Un de ces ganglions était ulcéré. L'opération tentée est fort difficile; elle dure 2 heures 1/2. On est obligé de disséquer la carotide, la jugulaire et leurs branches. On enlève plusieurs ganglions, puis il est mis à nu un magma tuberculeux dans la partie profonde, que l'on enlève avec la poche qui le contient. Mais les ganglions se prolongeant jusqu'au médiastin, l'opération a dû être arrêtée, après avoir extirpé les ganglions que l'on a pu atteindre. La jeune fille aujourd'hui mariée, a guéri facilement; la dernière fistule a disparu, et il n'y a eu aucune récurrence.

Observation XXIV. — Adénite cervicale tuberculeuse.

A. F..., âgée de 25 ans, couturière, entre à l'hôpital le 4 mars 1887 pour une affection du cou. Cette femme n'a pas eu de maladies antérieures et n'a guère souffert jusqu'alors que de névralgies dentaires. Son père est mort du diabète, sa mère d'une maladie utérine.

C'est en janvier 1887 que l'affection avait commencé. Jusqu'à cette époque, santé satisfaisante, malgré un état d'anémie assez prononcée, exagérée encore par les privations et le séjour dans les fabriques, par la fatigue quotidienne et la mauvaise nourriture. Un noyau dur était apparu du côté gauche, en avant du sterno-mastoïdien sous forme d'une petite tumeur dure, immobile, indolente d'abord, puis peu à peu sensible à la pression. Peu à peu d'autres noyaux se formèrent autour du premier et dans la profondeur du cou, même du côté droit. C'est ce qui décida la malade à venir à l'hôpital.

A son entrée, on constate la présence d'une tuméfaction douloureuse de la région antéro-latérale gauche du cou. La peau est rouge en un point situé au niveau du muscle sterno-mastoïdien, tout autour, il existe un œdème assez prononcé remontant jusqu'à l'auge du maxillaire et descendant jusqu'à la clavicule. La palpation fait sentir plusieurs noyaux profonds entourant une masse centrale ramollie, donnant une sensation de fluctuation assez nette. Ce sont des ganglions dispersés le long des vaisseaux, au dessous et en arrière du sterno-mastoïdien, jusqu'à la partie inférieure du cou. Le muscle semble diviser la masse ganglionnaire en deux parties, une antérieure, une postérieure, se tenant dans la profondeur.

Du côté droit, on ne trouve que quelques petites indurations ganglionnaires sans importance. Une ponction est pratiquée au niveau de la collection déjà signalée; il s'écoule un pus épais, jaunâtre et abondant. Drainage de cette collection.

Malgré les lavages et les pansements fréquents à l'iodoforme, la situation ne s'améliore pas dans la suite; au contraire, la fistule s'ulcère, des bourgeons violacés s'y développent et les tumeurs ganglionnaires environnantes ne diminuent point.

L'appétit d'ailleurs diminue de plus en plus. L'état général est mauvais. L'anémie fait du progrès, cependant l'examen des divers organes ne révèle pas l'existence de lésions tuberculeuses avancées. Je me décide à l'intervention chirurgicale pour supprimer le cloaque tuberculeux du cou et enlever les ganglions qui augmentent de volume et ne tarderont pas à se caséifier également.

Le 8 avril 1887, je pratique, sans le chloroforme, une incision elliptique circonscrivant l'orifice fistuleux et je dissèque petit à petit la masse tuberculeuse infiltrée qui sert de coque à l'ancien abcès ouvert à l'extérieur. Cette dissection est pénible à cause de l'adhérence à la gaine des vaisseaux et principalement de la dégénérescence lardacée des tissus environnant la veine jugulaire. Tout autour des gros vaisseaux caroti-

diens, depuis la bifurcation de la carotide primitive jusqu'au dessous de la clavicule, on trouve une série de ganglions, les uns dégénérés, infiltrés, les autres encore enveloppés d'une coque bien limitée qui permet l'énucléation. La masse accolée à la clavicule se prolonge en arrière d'elle et jusque vers le médiastin, à une profondeur considérable. Je ne puis la poursuivre plus loin, je suis forcé d'en abandonner la recherche. En arrière du sterno-mastoïdien, j'énuclée difficilement; de même en arrière de ce muscle.

L'opération avait duré environ trois heures, avec perte de sang assez considérable. Je fais avec la curette le curage de la masse tuberculeuse qui s'enfonce sous le médiastin et vers la colonne vertébrale en ayant soin de bien respecter la coque; je fais un drainage et je ferme la partie supérieure de la plaie par des sutures.

Pansement à l'iodoforme.

La cicatrisation se fait rapidement et sans accidents sous les pansements renouvelés une fois par semaine seulement, mais après un mois, une fistule persiste encore à la partie inférieure du cou. La partie supérieure, un peu tuméfiée encore durant les deux premiers mois, s'est affaissée et ne présente plus aucune trace de récidive.

La fistule n'a cédé à notre traitement qu'après des curages successifs et les lavages à la créosote (1 0/0). Pendant tout ce temps d'ailleurs, les pilules d'iodoforme, l'huile de foie de morue, le vin créosoté ont toujours été administrés à l'intérieur.

Vers le mois d'octobre, j'apprends que la malade sortie de l'hôpital avec une fistule peu profonde, est entièrement guérie et vient de se marier.

Observation XXV

Mlle X..., 18 ans, d'une santé antérieure assez troublée, a eu dans son jeune âge des abcès ganglionnaires dont elle porte des cicatrices visibles sur le cou, des croûtes dans les cheveux, des blépharites ciliaires, etc. Elle est issue d'une souche tuberculeuse, puisque sa mère est morte phtisique et une de ses sœurs de méningite tuberculeuse.

Cette jeune fille porte depuis cinq mois du côté gauche du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire et le long du bord antérieur du sterno-mastoïdien une masse ganglionnaire lobulée, dure, indolente, sur laquelle la peau est mobile. Plusieurs ganglions sont mobiles sur la masse principale située au-dessous de l'angle du maxillaire, et adhérente dans la profondeur. Pas de plaie, ni d'eczéma sur la peau aux environs. Ces

tumeurs ont apparu et augmenté insensiblement, et aucun traitement n'a pu enrayer leur marche (huile phosphorée, liqueur de Fowler, iodoforme à l'intérieur par pilules de 0,10 centigrammes, créosote.) J'essaie alors les injections interstitielles de glycérine iodoformée, mais sans bon résultat, puisqu'une inflammation apparaît au bout de trois séances de trois heures chaque fois. Dès que tout fut rentré dans l'ordre, je propose l'extirpation à la malade qui accepta.

L'opération est faite en septembre 1887, sous le chloroforme. Je fais une incision en T sur la tuméfaction, la branche horizontale du T parallèle à la branche horizontale du maxillaire. Je parviens à énucléer facilement trois ganglions appliqués contre la branche du maxillaire, mais la masse principale n'est plus encapsulée, elle est un peu ramollie, sans être toutefois caséeuse; je la trouve adhérente à une masse ganglionnaire plus limitée qui est en rapport avec la glande parotide. Après avoir disséqué vers la profondeur, je parviens à extirper toute la tumeur, mais je dois énucléer aussi un ganglion plus profond qui n'est autre que le ganglion intercarotidien. Je trouve encore une chaîne de petits ganglions sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien, j'en fais l'ablation assez facilement.

Durée de l'opération: une heure un quart.

Pansement iodoformé avec suture et drainage avec un faisceau de catgut.

Guérison par première intention au bout de quinze jours.

Un gonflement de la région persiste pendant 20 jours environ après la réunion, puis disparaît peu à peu. Mais trois mois après, la malade vient me consulter pour d'autres ganglions sus-claviculaires, peu nombreux et assez petits, qui grossissent depuis peu. Je donne un traitement à l'iodoforme. Je n'ai plus revu la malade et ne puis donner des renseignements définitifs.

L'extirpation doit être complète pour être un remède radical. Mais y a-t-il un crétérium pour vérifier si elle est complète?

Observation XXVI

Mme B..., 26 ans, d'une famille saine, a perdu un frère aîné de phtisie à la suite de la guerre de 1870. Elle-même présente au sommet du poumon droit une induration manifeste, avec souffle expiratoire. Elle éprouve depuis quelques semaines des oppressions, et des sueurs nocturnes.

Elle se présente à ma consultation pour une tumeur ganglionnaire de

la région antéro-latérale droite du cou. On sent manifestement un cha-
pelet ganglionnaire partant de la région sous-maxillaire et descendant
usqu'au dessous du cartilage cricoïde. Ces ganglions sont durs, indolents
et mobiles. Je propose un traitement médical avec l'iodoforme et la
créosote. Mais quinze jours après, je remarque que la tuméfaction a
considérablement augmenté. Un des ganglions est un peu douloureux.
Je propose alors l'extirpation.

L'opération est pratiquée sous le chloroforme, grâce à une simple
incision verticale. L'énucléation est assez facile et complète. Je dus enle-
ver douze ganglions, compris entre le tube laryngo-trachéal et le bord
antérieur du sterno-mastoïdien, en avant des vaisseaux.

Je fis la suture de la plaie sans drainage. La guérison par première
intention était complète le douzième jour.

Je n'ai pas revu la malade depuis sa sortie de l'hôpital, mais je puis
assurer qu'à ce moment la lésion pulmonaire n'avait pas augmenté.
L'appétit était revenu et les sueurs nocturnes avaient disparu par l'usage
des pilules de sulfate d'atropine.

Ceci prouverait l'utilité de l'intervention durant les premières périodes
de la tuberculose généralisée. Mais il faut continuer le traitement médi-
cal.

Observation XXVII

Un jeune homme de 28 ans, libéré du service militaire, issu d'une
famille indemne de tuberculose, se présente à la consultation de l'hô-
pital civil au mois d'août 1888. Il porte les cicatrices de plusieurs abcès
froids du cou. Son facies est d'ailleurs celui des scrofuleux. Il a eu
autrefois deux otites suppurées.

Depuis dix mois environ, ce malade est traité en ville pour des
tumeurs ganglionnaires situées symétriquement au-dessous de l'angle
du maxillaire inférieur, mais sans succès. Au moment où je l'examine,
ces deux tumeurs sont volumineuses, au point que la dépression sous-
maxillaire a entièrement disparu. Chacune des tumeurs s'étend de la
partie moyenne de la branche horizontale jusqu'en arrière du lobule de
l'oreille. La peau est tendue, porte les traces de l'inflammation causée
par divers revulsifs, elle n'est pas mobile sur la tumeur. Pas de dou-
leur à la pression, pas de gêne circulatoire. La consistance est rénitente
en tous points. On ne délimite point de lobulations et on ne sent pas de
limite nette en haut au niveau de la parotide; en bas la tuméfac-
tion diminue insensiblement jusqu'à la partie moyenne du cou. Rien

dans la bouche, ni sur les arcades dentaires. rien dans le conduit auditif qui puisse expliquer la présence de tumeurs ganglionnaires.

Durant un mois je conseille au malade l'usage de la liqueur de Fowler à haute dose, de l'iodoforme, de l'iodure de potassium. Mais je n'arrive à aucun résultat.

Opération à la fin de septembre. Le malade est endormi. Je pratique alors de chaque côté, sur la partie médiane de la tumeur et verticalement une incision intéressant la peau et le tissu cellulaire; j'arrive sur une tumeur ganglionnaire adhérente de tous côtés, mais surtout en haut avec la glande parotide. Des ganglions séparés doivent être énucléés de cette dernière. Dans la profondeur, la dissection est très délicate parce qu'il existe des prolongements en tous sens. Je reste cependant à une certaine distance des vaisseaux. Au-dessous de la branche horizontale du maxillaire, les énucléations sont assez faciles. Enfin les tumeurs sont enlevées entièrement et avec les mêmes difficultés des deux côtés. Il reste deux cavités profondes où l'hémostase est assez difficile. Du côté droit, l'artère faciale avait été coupée et liée. Je saupoudre avec de l'iodoforme, je suture sans drainage et j'exerce une compression très forte sur les régions opératoires. — Pansement.

Durée de l'opération: une heure et demie.

Le pansement est enlevé le 16^e jour. Du côté gauche, la réunion est parfaite. Du côté droit, il s'était formé une petite collection purulente qui avait donné une élévation de température le 7^e jour, mais elle s'était vidée spontanément. Néanmoins une fistule persistait et elle ne se ferma qu'après trois semaines.

La guérison fut complète, mais le gonflement consécutif dura jusqu'au commencement de décembre; après quoi le malade vint se montrer dans l'état le plus satisfaisant.

Conclusions

1° L'évolution clinique du ganglion tuberculeux en démontre la nocuité.

2° Il s'ensuit que le traitement doit agir le plus promptement et le plus complètement possible.

3° Aucun des modes de traitement n'est plus sûr que l'ablation radicale. Celle-ci permet en effet l'élimination méthodique, absolue et parfaite de tous les ganglions, dans l'immense majorité des cas.

Si difficile et si complexe soit-elle, elle permet un nettoyage prophylactique et un pansement antituberculeux synonymes de guérison.

4° Tout autre procédé ne saurait être essayé que dans le cas de ganglions petits, indolents et peu nombreux. Mais il ne faut pas perdre de vue que, plus on rapprochera l'extirpation de la date du début de la virulence tuberculeuse du paquet ganglionnaire, plus on s'évitera les difficultés opératoires, plus on épargnera au malade toute chance de danger immédiat ou indirect, tant au point de vue du traumatisme que de la maladie elle-même, plus enfin on aura chance de succès.

5° Toutefois, à moins qu'on n'ait affaire à une phtisie pulmonaire avancée, on est toujours autorisé à pratiquer l'ablation de foyers cervicaux localisés dans les glandes, même chez des malades porteurs d'autres foyers ailleurs, quand l'ensemble des accidents de divers ordres permet de juger que ces malades en retireront du bénéfice. Pour les mêmes raisons on

opérera tous les foyers locaux en plusieurs séances quand ils siègent sur les deux côtés du cou; on opérera les récidives, on opérera les masses ganglionnaires se présentant au chirurgien au milieu de fondrières suppurées.

6° — L'extirpation n'a d'autres inconvénients que ceux qui s'attachent à l'exécution même de l'opération. Elle est en somme bénigne.

7° Bien organisée et bien conduite, la séance opératoire vient à bout des plus grands obstacles et prépare la réussite ultérieure, en parant d'ores et déjà aux complications traumatiques ou à la dissémination des germes tuberculeux.

Vu :

Le Président de la thèse,

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 7 janvier 1889.

WEISS.

Le Recteur,

E. MOURIN.



